



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Consulta Pré-Operatória de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico

Joana Filipa do Vale Fernandes



Instituto Politécnico de Viana do Castelo

**Escola Superior
de Saúde**

Joana Filipa do Vale Fernandes

CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA DO FORO ORTOPÉDICO

Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Orientador
Professora Doutora Salete Soares

junho de 2021

Resumo

Introdução: O aumento da esperança média de vida e, naturalmente da prevalência de doenças osteoarticulares, tem possibilitado à cirurgia ortopédica obter protagonismo no tratamento da coxartrose, sendo a artroplastia total da anca (ATA) o procedimento cirúrgico mais empregue e efetivo no alívio da dor, aumento da capacidade funcional e diminuição das limitações.

Para a Enfermagem de Reabilitação é impreterível o conhecimento dessas limitações e um diagnóstico funcional dos doentes com coxartrose. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) deve promover intervenções preventivas, junto do doente, a fim de garantir a preservação da sua capacidade funcional, evitando a incapacidade e morbilidade. Como tal, nasce assim, a necessidade da capacitação pré-operatória das pessoas submetidas a ATA, aspeto que tem vindo a ser defendido como crucial no plano de reabilitação, no qual o sucesso da ATA advém do conhecimento e do ensino proporcionado à pessoa *à priori*.

Objetivos: Compreender que tipo de informações foram dadas no pré-operatório acerca de cuidados e estratégias adaptativas ao utente submetido a ATA; compreender o impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação ao utente submetido a ATA ao nível do autocuidado: higiene, vestir-se e andar com auxiliar de marcha e compreender quais as expectativas do enfermeiro de reabilitação relativamente à consulta de enfermagem pré-operatória ao utente submetido a ATA.

Metodologia: Para a realização deste estudo optamos pela metodologia de projeto e a população alvo foi constituída por quatro Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação a exercer a sua atividade profissional em Hospital ou ECCI.

Como instrumento de colheita de dados elaboramos um questionário, composto por três grupos e uma pergunta aberta. O primeiro grupo reportava às variáveis sociodemográficas, o grupo II à Consulta de Enfermagem de Reabilitação e o grupo III ao contexto da alta hospitalar e foi aplicado sob a forma de entrevista.

Resultados e Discussão: Verificamos a unanimidade nas respostas dos enfermeiros em concluir a importância da preparação pré-operatória do doente, tanto ao nível da autonomia, como na aquisição de competência como a marcha, mobilização ou posicionamento e, até, na preparação da família e dos domicílios, tornando-os mais funcionais.

Conclusões: Os dados obtidos reforçam a importância de uma consulta pré-operatória na pessoa submetida a ATA.

Palavras-chave: Artroplastia Total da Anca; consulta; capacitação; enfermagem de Reabilitação.

Abstract

Introduction: The increase in average life expectancy and, naturally, the prevalence of osteoarticular diseases has enabled orthopedic surgery to play a leading role in the treatment of coxarthrosis, with total hip arthroplasty (THA) being the most used and effective surgical procedure for pain relief, increased functional capacity and reduced limitations.

For Rehabilitation Nursing, knowledge of these limitations and a functional diagnosis of patients with coxarthrosis is essential. The specialist nurse in rehabilitation nursing must promote preventive interventions with the patient, to ensure the preservation of their functional capacity, avoiding disability and morbidity. As such, the need for preoperative training of people undergoing ATA is born, an aspect that has been defended as crucial in the rehabilitation plan, in which total hip arthroplasty success comes from the knowledge and teaching provided to the person a priori.

Objectives: To understand what kind of information was given in the preoperative period about care and adaptive strategies for patients undergoing THA; understand the impact of the intervention of the rehabilitation nurse on the patient undergoing THA in terms of self-care: hygiene, dressing and walking with a walking aid and understand what the rehabilitation nurse's expectations regarding the preoperative nursing consultation for the patient submitted are the THA.

Methodology: To carry out this study, we chose the project methodology and the target population consisted of four Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing, exercising their professional activity in a hospital or in the community.

As a data collection instrument, we created a questionnaire, consisting of three groups and an open question. The first group reported the sociodemographic variables, group II to the Rehabilitation Nursing Consultation and group III to the context of hospital discharge and was applied in the form of an interview.

Results and Discussion: We found that nurses' responses were unanimous in concluding the importance of preoperative preparation of the patient, both in terms of autonomy and in the acquisition of competence such as walking, mobilizing, or positioning, and even in preparing the family and of households, making them more functional.

Conclusions: The data obtained reinforce the importance of a preoperative consultation in the person undergoing THA.

Keywords: Total hip arthroplasty; appointment; empowerment; Rehabilitation nursing.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.”
(Albert Einstein)

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de apresentar o meu sincero agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Salete Soares, pela sua postura de amizade e disponibilidade, por todos os momentos de motivação, pela sua partilha eximia de motivação e experiência essenciais neste meu percurso.

Gostaria ainda de agradecer ao meu marido e à minha família, pela disponibilidade, compreensão e pelo abraço amigo que nunca me faltou nos momentos de mais dificuldades. Aos participantes deste estudo, o meu obrigado pela disponibilidade e recetividade em participar no mesmo.

O meu sincero obrigado a todos os que não foram mencionados, mas que direta ou indiretamente apoiaram a concretização deste trabalho.

A todos um bem-haja!

Abreviaturas e Siglas

ATA – Artroplastia Total da Anca

AVD – Atividades de Vida Diária

CHMA - Centro Hospitalar do Médio Ave

COVID-19 – Doença de Coronavírus 2019

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCEER – Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

OA – Osteoartrose

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PTA – Prótese Total da Anca

SARS-CoV-2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus 2

TDAE – Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

Índice

Resumo	I
Abstract.....	II
Agradecimentos	IV
Abreviaturas e Siglas	V
Introdução	1
Capítulo I - A Coxartrose: do Problema à Reabilitação Funcional da Pessoa Submetida a ATA	4
1. Coxartrose e o envelhecimento populacional	5
2. Coxartrose: Diagnóstico e tratamento	7
2.1 Diagnóstico de coxartrose	8
2.2 Da coxartrose à Artroplastia Total da Anca	10
2.3 Recuperação funcional da pessoa submetida a ATA	15
2.4 Intervenção do EEER	19
2.5 Programas de reabilitação funcional	22
Capítulo II - Organização, Gestão e Formação dos Cuidados à Pessoa com Patologia do Foro Ortopédico.....	23
1. O Enfermeiro como promotor da autonomia da pessoa	24
1.1 Teoria da Enfermagem e informação à pessoa.....	24
2. Equipas de saúde: os desafios da continuidade de cuidados	26
Capítulo III - Proposta de Concretização de uma Consulta Pré-Operatória de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico	28
Capítulo IV - Metodologia	32
1. Concetualização	33
2. Diagnóstico de situação	34
2.1 Caracterização sociodemográfica do concelho de Vila Nova de Famalicão	35
2.2 Contexto do estudo.....	35
2.3 Problemática.....	36

2.4 Instrumento de recolha de dados	37
2.5 Procedimentos de recolha e tratamento de dados	37
2.6 Apresentação e discussão dos resultados	39
Caraterização dos Participantes.....	39
Resultado das entrevistas e discussão	39
Análise SWOT e discussão	48
Capítulo V – Objetivos	51
Capítulo VI - Planeamento	53
Capítulo VII - Proposta para Avaliação do Projeto	57
Capítulo VIII – Conclusão.....	61
Capítulo IX – Bibliografia.....	65
Anexos	74
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética.....	I
Anexo II – Tabela Nacional de Funcionalidade no Adulto	IV
Anexo III – Manual de Perguntas da TNF	VI
Anexo IV – Escala de Katz.....	XII
Anexo V – Escala Modificada de ASHWORTH	XIV
Apêndices	75
Apêndice I – Questionário de Entrevista Dirigida ao Enfermeiro de Reabilitação	I
Apêndice II – Declaração de Consentimento Informado	VII
Apêndice III – Projeto de Investigação	IX
Apêndice IV – Curriculum Vitae.....	XIV

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Instrumentos de avaliação, por AVD's.	30
Tabela 2 - População residente por classe etária.	35
Tabela 3 – Áreas Temáticas, Categorias e Subcategorias.	39
Tabela 4 – Resultados do questionário.	40
Tabela 5 - Análise SWOT - consulta pré-operatória de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico.	48

Tabela 6 - Atividades consulta pré-operatória de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a ATA.....	54
---	----

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caracterização das Coxartroses. Fonte: (da Silva, 2011).	10
---	----

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Representação gráfica do Índice de envelhecimento entre 2001 e 2019	6
---	---

Introdução

O envelhecimento da população apresenta-se com um dos principais fenómenos demográficos e sociais na sociedade contemporânea.

A população portuguesa ao par da europeia e da mundial, assiste a um contínuo e acentuado envelhecimento populacional (Nascimento, 2017). Estes dados resultam essencialmente do aumento da esperança média de vida, que culmina ainda no aumento das doenças crónicas, que denunciam, muitas vezes, condicionantes ao nível da funcionalidade funcional dos indivíduos (Israel, et al., 2014).

O envelhecimento é muitas vezes acompanhado pelo surgimento da doença crónica, associadas às doenças músculo-esqueléticas. Estas desencadeiam muitas das vezes incapacidades que se prolongam pelo resto da vida. Estes dados devem alertar-nos e fazermos refletir, quando as projeções atuais apontam que, em Portugal, entre 2018 e 2080, o número de idosos passará de 2,2 para 3 milhões (INE, 2020).

Como tal, a pessoa idosa afeta a esta problemática das doenças crónicas necessita, muitas vezes, de alteração de estilos de vida e, auxílio na adaptação à convivência com a doença crónica. O envelhecimento é uma condição que afeta a funcionalidade da anca, nomeadamente com o desenvolvimento de artroses ou, especificamente da coxartrose. A osteoartrose é uma doença que abrange a cartilagem articular, desencadeando sintomas como a dor, a rigidez e a limitação dos movimentos (Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas, 2014).

Estima-se que 1 em cada 4 pessoas desenvolverá osteoartrite sintomática da anca antes dos 85 anos (Dyrborg, 2020). Como tal, o idoso que sofre de doença articular degenerativa, como a artrose incapacitante, vai sofrendo perda de capacidades funcionais surgindo limitações, o que conduz à perda da qualidade de vida. A artroplastia é uma opção de tratamento que possibilita o desenvolvimento e a recuperação da qualidade de vida. A artroplastia total da anca (ATA) é uma intervenção cirúrgica, que se caracteriza pela substituição da articulação da anca (Kisner, & Colby, 2016).

Embora a ATA seja uma das intervenções cirúrgicas com melhores resultados na recuperação funcional do doente (Parente, et al., 2009), esta cria instabilidade ao nível da anca, forçando a pessoa a adotar certas medidas preventivas, com o enfermeiro de reabilitação a assumir um papel crucial em todo o processo.

O enfermeiro especialista em reabilitação é um profissional que desempenha funções na área da enfermagem, mas a quem são reconhecidas competências ao nível de cuidados específicos da especialidade (Pestana, 2017). Estas competências, emergem da capacidade de planeamento, gestão e supervisão de cuidados no âmbito do exercício da formação especializada, aliada à investigação (OE, 2011).

A capacitação pré-operatória da pessoa submetida a ATA figura como uma temática central e essencial ao processo de recuperação (Amaro, 2019; Kisner, & Colby, 2016). O sucesso cirúrgico da colocação da Prótese Total da Anca (PTA) relaciona-se essencialmente, com o conhecimento e com o ensino proporcionado à pessoa (Parente, et al., 2009).

O enfermeiro especialista em reabilitação assume a responsabilidade de capacitar a pessoa submetida a ATA com novas competências fundamentais ao cuidado e recuperação da autonomia da pessoa.

Como tal, o cuidado de enfermagem tem como objetivo a capacitação da pessoa submetida a cirurgia do foro ortopédico, para que a pessoa se sinta mais apta, autónoma e autoconfiante para responder ao processo de adaptação à colocação de PTA. Desta forma, os cuidados de reabilitação são elementos cruciais do período pré e pós-operatório, essenciais na recuperação das funções da articulação afetada, assim como na aquisição de autonomia na realização das Atividades de Vida Diária (AVD) (Parente, et al., 2009).

Pela importância do presente estudo e da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação ao nível da capacitação pré-operatória à pessoa submetida a ATA, foram estabelecidos os seguintes objetivos: compreender que tipo de informações foram dadas no pré-operatório acerca de cuidados e estratégias adaptativas à pessoa submetida a ATA; compreender o impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação à pessoa submetida a ATA ao nível do autocuidado: higiene, vestir-se e andar com auxiliar de marcha e compreender quais as expectativas do enfermeiro de reabilitação relativamente à consulta de enfermagem pré-operatória à pessoa submetida a ATA.

O presente trabalho está organizado em seis capítulos. No primeiro capítulo abordamos o problema da coxartrose associada ao envelhecimento da população, assim como o respetivo tratamento. No segundo capítulo, refletimos acerca da organização e da gestão dos cuidados à pessoa com patologia do foro ortopédico, reiterando a importância do enfermeiro na promoção da autonomia. Relativamente ao terceiro capítulo é exposta a proposta de implementação de uma consulta pré-operatória de Enfermagem de Reabilitação, no quarto capítulo abordamos a metodologia de projeto. No capítulo quinto é efetuada a apresentação e análise dos resultados. No sexto capítulo é apresentada uma proposta de avaliação do

projeto. Este estudo de investigação termina com as principais conclusões e sugestões que emergiram desta investigação.

Capítulo I - A Coxartrose: do Problema à Reabilitação

Funcional da Pessoa Submetida a ATA

Para a disciplina da Enfermagem a investigação reveste-se de uma importância crescente, nomeadamente como guia norteadora das nossas práticas clínicas. Assim, o enquadramento concetual é o primeiro passo fundamental num trabalho de investigação, pois permite-nos compreender os demais estudos na área, aumentando, assim, a pertinência do nosso estudo. A revisão de literatura tem, como tal, a finalidade de resumir o estado da arte numa determinada área, independentemente da forma como é realizada (Vilelas, 2017).

A primeira parte deste estudo de investigação, surge da revisão bibliográfica efetuada do tema em estudo. Desta forma iniciamos com a temática da coxartrose e o envelhecimento populacional, seguidamente abordamos a coxartrose: diagnóstico e tratamento. De seguida fez-se uma abordagem à artroplastia da anca como tratamento para a pessoa com artrose, bem como a recuperação funcional da pessoa submetida a ATA. Por fim, refletimos acerca da importância da capacitação pré-operatória na promoção da saúde e reabilitação da pessoa com ATA, bem como na importância do papel do EEER.

1. Coxartrose e o envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é um assunto que tem inquietado os profissionais de diferentes áreas de estudo, pois reveste-se como um desafio para a sociedade, mas também para o sistema de saúde. Os estudos na área tentam compreender melhor este fenómeno, na tentativa de criar estratégias adaptativas, na promoção do bem-estar e qualidade de vida desta faixa etária.

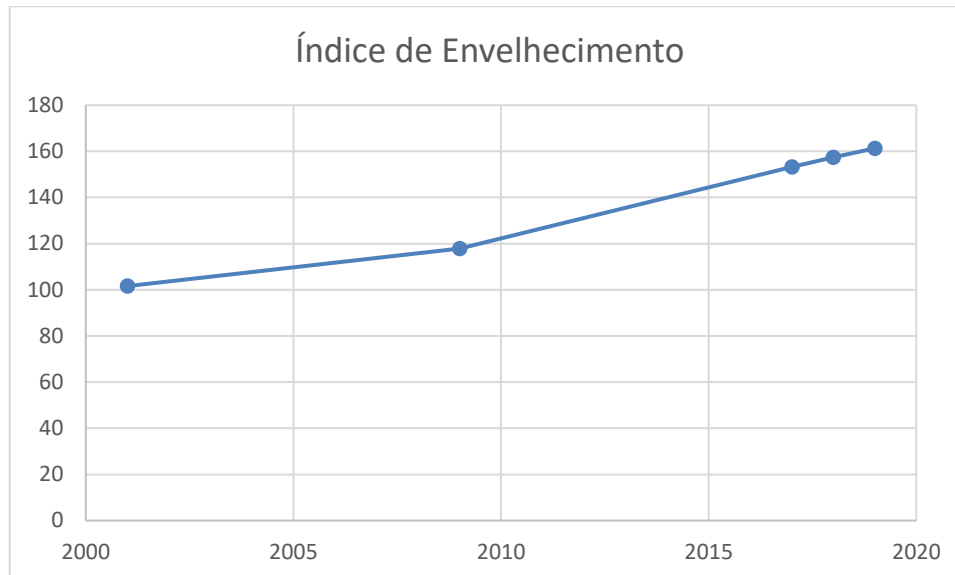
O envelhecimento deve ser percebido como um decurso natural, dinâmico, gradual e irreversível que decorre no Ser Humano, ao longo da sua vida. É um fenómeno próprio e de variação individual, que está relacionado com um conjunto de transformações biológicas, psicológicas e sociais que decorrem ao longo do ciclo vital (Jacob, 2013).

Este é um fenómeno cada vez mais atual na sociedade portuguesa, vigorando como uma das transformações sociais mais importantes dos últimos séculos. O antagonismo do processo de envelhecimento relaciona-se com o aumento da longevidade, combinado com o decréscimo da fecundidade, que criam, quando conjugados, efeitos complexos na sociedade portuguesa e mundial (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, Marques, 2013).

Em Portugal, o envelhecimento demográfico é considerado um fenómeno social, que tem vindo a ganhar relevo nos últimos anos. Dados referentes ao ano de 2019 revelam uma continuação do processo de envelhecimento demográfico, sendo que atualmente existem 161,3 idosos (o número anterior era 159,4) por cada 100 jovens (INE, Pordata, 2020). Esta

é uma tendência com expectativa de manutenção de padrão de crescimento nos próximos anos. Assim, importa compreender que a sociedade necessita de reorganizar a forma de pensar sobre estas pessoas na sociedade, pensando em estratégias não de anulação do envelhecimento demográfico, mas sim de inclusão destas pessoas na sociedade contemporânea (Rosa, 2016).

Gráfico 1 - Representação gráfica do Índice de envelhecimento entre 2001 e 2019.



Fonte: Adaptado de INE (2020).

O processo de envelhecimento desencadeia inúmeras transformações no ciclo vital do idoso, alterando a sua funcionalidade, mobilidade e saúde, perturbando o equilíbrio salutar do mesmo e condicionando, assim, a sua qualidade de vida (Marvanejo, 2017). Como tal, este é um processo que despoleta diversas alterações fisiológicas nos órgãos e sistemas, desencadeando por vezes, défices de equilíbrio e alterações da marcha que predeterminam o idoso a quedas e limitações funcionais (Martins, Andrade, Martins, & Campos, 2017).

Podemos ainda, dentro do envelhecimento realizar a diferenciação entre envelhecimento primário e envelhecimento patológico. O envelhecimento primário representa um envelhecimento fisiológico, no qual as alterações que ocorrem no indivíduo se desenrolam do normal processo de envelhecimento, não estando associado à presença de patologia. Já o segundo compreende um envelhecimento desencadeado e acelerado por doenças, com início em ações externas ao indivíduo (Brunner, & Sudarth, 2011).

Idoso é definido pela OMS como o indivíduo com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento e quem tenha 65 anos ou mais nos países desenvolvidos (Organização Mundial da Saúde, 2002). Desta forma, em Portugal pessoas idosas compreende todas aquelas que tenham, pelo menos, 65 anos de idade.

De acordo com as projeções atuais, em Portugal, entre 2018 e 2080, o número de jovens diminuirá de 1,4 para cerca de 1,0 milhões e o número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões. O índice de envelhecimento será quase o dobro, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa. O índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar na proximidade de 2050, quando as gerações nascidas, num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações, já se encontrarem no grupo etário 65 e mais (INE, 2020).

Estes dados deverão fazer-nos refletir, nomeadamente quando temos no Norte de Portugal, local onde o estudo foi realizado, um índice de envelhecimento que sobe de 79,4 no ano de 2001 para 162,7 no ano de 2019, sendo um dos maiores aumentos a nível regional no país (INE, Pordata, 2020).

Dados colhidos no serviço de internamento de ortopedia e traumatologia, do Hospital onde se pretende implementar este projeto, espelham este envelhecimento apresentando as pessoas internadas neste serviço uma média de idades de 72 anos, segundo dados dos indicadores de serviço relativos ao ano de 2018 e relatório de atividades de 2018.

Embora o envelhecimento não seja sinónimo de incapacidade funcional, surge muitas vezes associado a doenças do sistema músculo-esquelético, que se prolongam pelo resto da vida, acabando, portanto, por desencadear uma certa incapacidade no idoso. Estas constituem-se então como doenças crónicas, das quais gostaríamos de salientar a artrose da anca, que abordaremos mais detalhadamente de seguida.

Em suma, entendemos que envelhecer é algo único, próprio, complexo, dependente de condicionantes biológicas e acontecimentos sociais intrínsecos. A forma como a pessoa viveu e como se adaptou, ou não, aos vários acontecimentos é determinante, daí que esta é uma fase de crescimento da pessoa, que exige necessariamente aprendizagens, adaptações, participações e, eventualmente, necessidade de ajuda.

2. Coxartrose: Diagnóstico e tratamento

A abordagem cirúrgica da coxartrose da anca – (ATA) tem sido uma solução eficaz. Apesar dos estádios cirúrgicos pelos quais a pessoa passará, o enfermeiro de reabilitação deverá desempenhar um papel ativo não só no pós-operatório, mas igualmente no momento antes da cirurgia, isto é, no pré-operatório.

2.1 Diagnóstico de coxartrose

A articulação da anca localiza-se entre o íliaco e a extremidade superior do fémur. A anca é uma das estruturas mais complexas da anatomia humana. É responsável por sustentar o peso do corpo, estando diretamente conectada aos membros inferiores. A sua articulação localiza-se na raiz do membro inferior e apresenta como função a orientação do mesmo em todas as direções. Por este motivo, a mesma detém três eixos e três graus de liberdade: um eixo transversal, localizado no plano frontal (realiza os movimentos de flexão-extensão); um eixo ântero-posterior, localizado no plano sagital (realiza movimentos de abdução e adução); um eixo vertical (executa os movimentos de rotação externa e rotação interna). A cabeça do fémur, arredondada e lisa, introduz-se firmemente no acetábulo, envolta pela cartilagem articular (Netter, 2000). Contudo, para que a articulação permaneça estável, é necessária uma ampla estrutura muscular e ligamentar. Assim, segundo Alves (2008), esta articulação do grupo das enartroses, detém extrema estabilidade, graças aos robustos ligamentos que unem o fémur ao íliaco, conferindo-lhe a resistência necessária para suportar o peso da pessoa. Importa ainda salientar a importância dos músculos que proporcionam a manutenção da estabilidade da articulação, que se encontra dentro de uma cápsula fibrosa, no interior da qual existe o líquido sinovial, que atua como lubrificante e nutriente da cartilagem. Numa articulação normal, os topos dos ossos que a constituem estão revestidos por cartilagem, que possibilita o deslizamento suave dos ossos, absorvendo o impacto dos ossos no movimento, em particular, na carga.

Pelo supracitado compreendemos que a anca é basicamente responsável pela locomoção do Ser Humano. Porém, o envelhecimento afeta as funcionalidades da anca. Assim, facilmente compreendemos que, se existe um aumento do envelhecimento demográfico, teremos igualmente um aumento ao nível das doenças reumáticas, nomeadamente as artroses.

Dados epidemiológicos, referentes ao estudo EpiReumaPt, acerca da prevalência das doenças reumáticas em Portugal demonstram que, as mulheres (64,1%) são mais afetadas do que os homens (47,1%), de uma forma geral e, que de entre as doenças reumáticas existentes a osteoartrose da anca, apresentou uma prevalência geral de 3% nos inquiridos. Apesar destes números, os dados são ainda mais preocupantes, uma vez que estes tipos de doenças se encontram sub diagnosticadas em Portugal. Os estudos demonstram que a maioria das pessoas desconhecem que sofrem destas patologias. De facto, dados do EpiReumaPt mostram que 22% dos portugueses avaliados reportaram sofrer de uma doença reumática, mas quando examinados por um reumatologista, 56% dos indivíduos padeciam de doença reumática, logo apesar das diversas queixas, muitos indivíduos não detinham nem

diagnóstico nem conhecimento prévio da patologia de que sofriam (Ramiro, Canhão, & Branco, 2011).

Estes dados revestem-se de especial importância, uma vez que estudos Europeus e Norte-americanos nos demonstram que as doenças reumáticas são as doenças crónicas mais prevalentes, figurando como um dos motivos principais de recurso aos cuidados de saúde primários, estando ainda associadas a incapacidade e absentismo no trabalho, o que desencadeia relevantes custos individuais, sociais e económicos (Gouveia, et al., 2015). Em Portugal, apurámos que estas patologias, por comparação a outras, são as mais frequentes e as que se coligam a níveis mais baixos de qualidade de vida. Estima-se que uma em cada quatro pessoas desenvolverá osteoartrite sintomática da anca antes dos 85 anos de idade (Dyreborg, 2020).

A osteoartrose é uma doença que abrange, principalmente, a cartilagem articular, que é um tecido conjuntivo elástico que se apresenta nas extremidades dos ossos que se articulam entre si. A cartilagem articular é “alimentada” pelo líquido articular ou sinovial. Este líquido, muito viscoso, coopera para lubrificar a articulação, auxiliando os seus movimentos, e possibilitando que nas articulações saudáveis as cartilagens deslizem umas sobre as outras sem atrito, ou seja, sem desgaste. A cartilagem articular é composta por células de seu nome condrócitos, água e por substâncias proteicas originadas por estas células e denominadas, respetivamente, proteoglicanos e fibras de colagénio. Na osteoartrose os condrócitos vão falecendo e sintetizam menor quantidade de proteoglicanos e de colagénio. Como resultado, a cartilagem articular úlcerá e o osso abaixo da cartilagem, denominado osso sub-condral, como resposta aumenta a sua espessura, produzindo excrescências ósseas chamadas osteófitos (comumente conhecidos como "bicos de papagaio"). Os principais sintomas da osteoartrose são a dor, a rigidez, a limitação dos movimentos e, em fases mais avançadas, as deformações (Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas, 2014).

As osteoartrites do joelho e da anca figuram como as mais prevalentes, entre as doenças crónicas na população idosa, sendo caracterizadas pela presença de dor, que condiciona muitas das vezes incapacidade para realização das atividades de vida diárias. Associado ao envelhecimento demográfico que temos assistido, espera-se que aconteça um aumento considerável da prevalência desta doença, direcionando estes indivíduos para a procura de soluções cirúrgicas, como é o caso da artroplastia. Esse procedimento cirúrgico tem por finalidade tratar a doença, melhorando a qualidade de vida da pessoa (Pinto, McIntyre, Ferrero, Araújo-Soares, & Almeida, 2013). As doenças crónicas degenerativas como a osteoartrose e a coxartrose figuram como as mais limitativas do estado de saúde dos

portugueses. O sexo feminino apresenta maior prevalência, mas cerca de 50% da população é atingida por uma patologia deste tipo (Direção Geral da Saúde, 2015), resultante essencialmente do aumento da esperança média de vida.

Apesar, das cirurgias ortopédicas como terapêutica para doenças degenerativas associadas ao envelhecimento terem aumentado nas últimas décadas (Lopes, 2020), a ideia enraizada na população é que osteoartrose não tem cura, talvez porque ainda se verifica uma grande abordagem conservadora neste tipo de patologia. Apesar desta abordagem conservadora inicial, alguns autores defendem que, quando a patologia começa a desencadear dor insuportável, bem como constrangimentos e limitações na atividade profissional e nos autocuidados, não cedendo ao uso de fármacos, a abordagem deverá ser a artroplastia (Martins, Fernandes, 2009; Parente, et al., 2009). Pelo supracitado, torna-se impreterível a recuperação funcional da pessoa submetida a ATA.

2.2 Da coxartrose à Artroplastia Total da Anca

A coxartrose é uma doença do sistema músculo-esquelético de índole degenerativa que afeta a articulação coxofemoral. Cunha (2008), menciona que a cartilagem da cabeça do fémur, bem como do acetábulo, com os anos, sofrem desgaste e o osso fica exposto e em contacto direto, sem proteção da cartilagem, emergindo uma distorção das superfícies articulares. Segundo Hebert (2017), a degeneração cartilaginosa que ocorre na artrose caracteriza-se por modificações profundas na superfície articular, tais como fibrilação, fissuras e erosões. São diversos os fatores que contribuem para a doença degenerativa da anca, para além da idade e do sexo, entre eles destacam-se os fatores genéticos, o excesso de peso, transporte de carga, estado nutricional e alimentação e, finalmente, a osteoporose, que favorece esta patologia e é comum no idoso (Parente, et al., 2009). No âmbito da doença articular degenerativa, torna-se possível, dadas as suas especificidades, agrupar alguns tipos de coxartrose (quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização das Coxartroses. Fonte: (da Silva, 2011).

Tipo de Coxartrose	Características
Coxartrose essencial ou primitiva	De evolução progressiva, habitualmente lenta, localizada nas zonas de maior carga da articulação, de causas desconhecidas, mas com fatores favoráveis identificados, como sejam o excesso de peso, trabalhos

Tipo de Coxartrose	Características
	pesados ou desportos intensos, bem como fatores ligados à genética e à hereditariedade.
Coxartrose por displasia congénita, seja por alterações da cavidade cotilóide ou da cabeça do fémur	Apresenta-se em diversos graus e origina deficiente repartição de cargas que leva à destruição dos tecidos sob esforço, com consequente dor e incapacidade funcional da articulação.
Coxartrose por displasia adquirida	Trata-se de distúrbios de crescimento da cabeça femoral, em que geralmente a tolerância persiste por longo tempo, mas as alterações estruturais levam inevitavelmente a conflito exagerado nas zonas de maior carga, com consequente maior desgaste, dor e incapacidade funcional grave.

A coxartrose figura como uma situação bastante incapacitante, pois além da dor pode originar ainda, dificuldade em permanecer de pé muito tempo ou para caminhar, rigidez articular, com incapacidade para cruzar as pernas ou calçar as meias, claudicar ao levantar-se da posição de sentado, bem como a sensação de crepitação na articulação, dificuldade para se sentar no sofá ou numa cadeira baixa e ainda, sair do carro. Com o passar do tempo, a doença pode agravar e o desconforto poderá manter-se mesmo com a anca em repouso, nomeadamente durante o sono (Fenato, 2020). Como tal, a solução passa por submeter o doente a cirurgia, realizando a ATA, que se caracteriza pela substituição da articulação da anca (Kisner e Colby, 2016).

Assim, o impacto da cirurgia advém da simbiose entre “elevada imobilidade” e “baixa capacidade funcional” que acarretam um predomínio de necessidades de aprendizagem das funções do membro inferior, bem como a aquisição de capacidade para realizar AVD (Atividades de Vida Diária) com autonomia e segurança satisfatória. Parente et al., (2009), defendem que o princípio geral na terapia da coxartrose assenta no tratamento conservador, todavia, sempre que as limitações na atividade profissional e nas AVD’s se tornam incapacitantes, sendo a dor e o sofrimento persistentes e incontrolláveis, propõem-se

a pessoa para ATA. O tratamento conservador compreende medicação anti-inflamatória, diminuição de peso corporal, reabilitação e o recurso a eventuais compensações ortopédicas. Todavia, apesar destas medidas, por vezes, o processo degenerativo articular avança até à destruição da cartilagem, sendo necessária a intervenção cirúrgica (Bandholm e Keehlet, 2012).

Desde a década de 60, que a ATA figura como a cirurgia no tratamento da coxartrose. Surgiu direcionada, maioritariamente, para o idoso, uma vez que a sua articulação não conseguiria ser reposta por outros processos. A longevidade da substituição total da anca seria entre 10 e 20 anos, até que existisse necessidade de uma nova revisão. Por este motivo, os jovens e pessoas ativas raramente eram submetidos a esta intervenção, nomeadamente indivíduos com menos de 65 anos, devido a existir uma maior probabilidade de luxação da prótese da anca e necessidade de uma segunda cirurgia, muito mais complicada e difícil de realizar. A articulação coxofemoral foi a primeira articulação a ser substituída com sucesso, figurando ainda hoje, como o tratamento de eleição. Em Portugal, estima-se, que o número de artroplastias realizadas anualmente seja superior a dez mil (Soares, Silva, Silva, Siqueira, Pamponet, Cruz, Quiles, Santos & Santos, 2103). É considerada como um dos procedimentos cirúrgicos altamente bem-sucedidos, uma vez que restaura a função, alivia a dor e melhora a qualidade vida dos doentes (Austin, et al., 2017). Como tal, o número de substituições articulares acompanha o crescimento da esperança média de vida da população mundial, apesar do alto custo da intervenção, pois figura como um dos procedimentos mais efetivos em termos de benefícios.

Para Serra (2012), a cirurgia como tratamento para a osteoartrose (OA) da anca, é capital para remover osso ou cartilagem danificados da articulação, realinhar ou modificar as superfícies articulares que fazem carga, ou ainda para renovar a articulação substituindo-a por próteses da anca de material sintético, mas anatomicamente similar à anatomia humana. A ATA apresenta como principal vantagem a redução da dor em 95-98%, bem como a diminuição na rigidez com uma mobilidade próxima da normal, o incremento da capacidade e da distância de deambulação e uma melhoria considerável na capacidade para realizar a maioria das AVD's (Henriques, 2009). O tratamento cirúrgico permitiu um levante precoce, diminuindo as complicações associadas a períodos de imobilidade no leito, com os programas de reabilitação a desempenharem um papel essencial nos ganhos em saúde, para a pessoa, família e comunidade (Cruz et al., 2007).

Subsistem distintos tipos de próteses da anca, que possibilitam diversas soluções de acordo com cada situação. Uma PTA é constituída por dois elementos principais: a componente

femoral e a componente acetabular. A componente femoral consiste em uma haste, comumente metálica instalada numa cavidade aberta no fémur, podendo ser de liga de aço inoxidável e titânio. Na extremidade deste componente, existe um colo onde é colocada uma cabeça esférica que substitui a cabeça do fémur. Esta cabeça esférica integra-se no colo da prótese, formando um componente integral (Mazières e Tressor-Verrouill, 2003).

A PTA pode ser feita de metal, cerâmica ou polietileno e metal, podendo as superfícies articulares ser: metal-metal, cerâmica-cerâmica, cerâmica-polietileno ou metal-polietileno. Quanto à fixação, pode ser cimentada ou não cimentada, dependendo das características da articulação e da pessoa e bem como de outros aspetos individuais, particularmente peso e idade (Filipe, Afonso e Lima, 2007).

Relativamente à fixação, as próteses da anca podem ser cimentadas, não cimentadas ou híbridas, dependendo do tipo de fixação escolhida para estabelecer a ligação da prótese ao osso. Nas próteses cimentadas, o cirurgião põe uma camada de cimento ósseo entre as paredes do osso e a prótese, que fixa a prótese ao osso. As próteses não cimentadas são fixas ao osso por pressão de aperto das paredes do osso contra a superfície da prótese, usufruindo da elasticidade dos materiais. As próteses híbridas agrupam os dois sistemas de fixação, produzindo uma fixação cimentada num componente e uma fixação não cimentada no outro. A distinção entre estes sistemas de fixação é que as cimentadas possibilitam que se realize carga total desde o primeiro levante, pois a haste da prótese está fixada no fémur, impedindo o seu afundamento. As não cimentadas permitem apenas uma carga parcial (até às 6 semanas) por poderem afundar. A grande vantagem das não cimentadas é permitirem uma mais fácil substituição porque, com o cimento, é mais frequente que o osso danifique durante a cirurgia de revisão da PTA (Mazières e Tressor-Verrouill, 2003). Todavia, as vantagens e desvantagens entre elas, são ainda alvo de alguma controvérsia na comunidade científica.

Porém, apesar desta controvérsia, evidencia-se ser aceite a aplicação de próteses cimentadas nas pessoas mais idosas, menos ativas e com ossos mais frágeis (osteoporose), apesar de, também serem colocadas próteses não-cimentadas. Contudo, quanto às próteses não-cimentadas são indicadas para pessoas mais jovens e fisicamente mais ativas, já que se prevê a realização de uma cirurgia de revisão.

Na ATA cimentada, o apoio de peso realizado pela pessoa deverá ser consoante tolerância, nas ATA não cimentada e híbrida, o apoio de peso é limitado de 6 a 8 semanas. No ato cirúrgico o médico avalia, para que as recomendações possam ser personalizadas. Como tal, devem ser ponderados determinados fatores que podem afetar o período pós-operatório da pessoa, entre os quais, a estabilidade dos implantes protésicos, o alinhamento dos implantes,

a necessidade de reparo dos tecidos moles ou de procedimentos esqueléticos complementares e o grau de deformidade do osso (Kisner e Colby, 2016).

Relativamente ao tipo de abordagem cirúrgica, subsistem duas possíveis, a posterolateral e a anterolateral (Ritterman e Rubin, 2013). Na abordagem posterolateral, o cirurgião acede à anca no intervalo entre o grande e o médio glúteo. Embora esta técnica seja vista como mais fácil de executar, está associada a elevadas possibilidades de luxação posterior da anca e maior risco de lesão do nervo ciático, comparativamente à outra abordagem. Contudo, não existem dados que suportem qual a abordagem perfeita (Jolles e Bogoch, 2006).

De acordo com Hebert (2017), a ATA é adequada para pessoas que exibem articulação artrítica dolorosa, incapacitante e que não cede ao tratamento conservador. A maior indicação para a artroplastia, em pelo menos um dos lados, é a patologia da anca dolorosa e grave. Relativamente às contraindicações absolutas são a infeção ativa (local ou sistémica), imaturidade esquelética, paraplegia ou tetraplegia. Já nas contraindicações temos relativas a obesidade mórbida, a artropatia de Charcot, doença neurológica ou neuromuscular incapacitante e/ou progressiva. A idade *per si* não consta como uma contraindicação para a realização da ATA. Embora a necessidade de cirurgia de revisão seja tanto menor quanto maior for a idade da pessoa, aquando da realização da cirurgia primária, é igualmente verdade que, o resultado é tanto melhor quanto melhor for o estado funcional pré-cirurgia (DGS, 2004).

Apesar do elevado sucesso da ATA, este é um procedimento que apresenta algumas complicações, relacionadas sobretudo com questões clínicas, tais como trombose venosa profunda, embolia pulmonar, arritmias cardíacas, enfarte do miocárdio, anemia e infeção do trato respiratório e urinário. Pode ainda apresentar lesão vascular, luxação, fadiga e afundamento da haste. Para além das complicações pode ainda ocorrer a infeção da PTA (Hebert, 2017). O mesmo autor, refere ainda que a luxação da prótese resulta de a retroversão do componente acetabular e tensão inadequada das partes moles, que ocorre devido ao movimento ou a um posicionamento para além dos limites aconselhados de mobilidade de articulação, geralmente em flexão superior a 90° ou em rotação interna, acontecendo frequentemente até seis semanas após a cirurgia. Salienta ainda que, o tromboembolismo reflete mais de 50% da mortalidade pós-operatória, e o tratamento inclui oxigénio e anticoagulantes.

2.3 Recuperação funcional da pessoa submetida a ATA

A Organização Mundial de Saúde e a Direção Geral da Saúde (2004, p. 20) definem funcionalidade de uma pessoa, num determinado contexto, como “uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais (i.e., fatores ambientais e pessoais).” Esta é uma interação ativa, na medida em que uma deficiência condiciona e altera até a própria condição de saúde.

De acordo com o contexto legal português funcionalidade é “a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente” (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006, p. 3857). O presente decreto define ainda o conceito de dependência, como a situação resultante de falta ou perda de autonomia física, psíquica, intelectual, consequente ou exacerbada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiências, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, na qual a pessoa não consegue, por si só executar atividades de vida diárias.

Desta forma, concomitantemente com a problemática do envelhecimento, também a funcionalidade tem vindo a ser debatida na comunidade científica. O incremento da população idosa desencadeia um aumento de indivíduos com debilidades físicas e emocionais, resultantes do próprio processo de envelhecimento. Todavia, embora este não seja sinónimo de doença e incapacidade, promove a delimitação gradual das capacidades do indivíduo, para suprir as necessidades básicas com independência e autonomia, desencadeando a dependência, por vezes total dos mesmos, de um cuidador principal (Marvanejo, 2017). Assim, a capacidade funcional apresenta-se como essencial na pessoa idosa, estando diretamente relacionada com a possibilidade de o idoso ser capaz de permanecer na sua própria habitação e comunidade (Rebelatto & Morelli, 2004).

A independência funcional é uma capacidade interligada com a mobilidade, que possibilita a realização de atividade motora, permitindo a realização das atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, indispensáveis para uma vida autónoma (Ferreira, Maciel, Costa, Silva, & Moreira, 2012). Como tal, a autonomia diz respeito à capacidade de tomada de decisões acerca da vida individual, enquanto independência diz respeito à capacidade de executar as atividades de vida diárias sem auxílio ou ajuda de terceiros.

A capacidade funcional refere-se à condição do indivíduo para a execução de tarefas relacionadas com o cuidado pessoal, tais como tomar banho, vestir-se, utilizar a casa de banho, entre outras e as tarefas instrumentais de vida diárias, que incluem tarefas como o cuidar da casa, realizar chamadas, preparar refeições, andar de transporte público (Lobo,

Santos & Gomes, 2014). Os estudos na área têm demonstrado a importância da promoção do envelhecimento ativo, através da implementação de programas de intervenção, que sejam individualizados e adequados a cada um e que, incluam a prática de exercício físico e estimulação da capacidade cognitiva (Nakagawa, et al., 2017). Neste sentido, o EEER desempenha um papel preponderante no desenvolvimento e conceção de treinos de atividades de vida de acordo com as necessidades dos doentes, com o objetivo de reduzir o risco de alteração da funcionalidade (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE). Estes programas contribuem para a diminuição de incapacidades, quedas, problemas emocionais e sociais em idosos (Lustosa, Oliveira, Santos, Guedes, Parentoni, & Pereira, 2010). A competência funcional é essencial à realização autónoma das atividades quotidianas (Preto, Gomes, Novo, Mendes, & Granero- Molina, 2016).

Perante o incremento do envelhecimento da população, avaliar a autonomia e independência funcional, bem como os défices nestes indivíduos, será fundamental na avaliação do estado de saúde e organização do processo de reabilitação, nomeadamente na pessoa submetida a ATA. Esta avaliação possibilitará uma apreciação mais concreta relativamente à gravidade e ao impacto da comorbilidade causada pela doença, avaliando o estado físico e funcional da pessoa, assinalando carências de intervenções com base em um plano de tratamento, assim como da monitorização do progresso da pessoa durante o seu processo de reabilitação (Santos, Lopes, Vidal, & Gautério, 2013).

Pelo supracitado, compreendemos que o centro do cuidado ao idoso localizar-se-á na manutenção e promoção da sua autonomia e independência na execução das tarefas diárias, promovendo as suas capacidades, potenciando assim, um aumento na qualidade de vida dos mesmos.

Nas pessoas submetidas a ATA, a dependência advém não só da doença crónica, mas também da intervenção cirúrgica. Esta dependência relaciona-se com a limitação de movimentos imposta pela intervenção cirúrgica, que interfere na capacidade funcional da pessoa, nomeadamente ao nível das AVD, necessitando de recurso a terceiros para a realização das mesmas. Como tal, a ATA impacta a vida da pessoa, resultante da simbiose entre a imobilidade e a baixa capacidade funcional, influenciando a sua saúde e a qualidade de vida.

Da análise da literatura verificamos que as limitações funcionais são as que motivam mais queixas nas pessoas submetidas a este procedimento, devido essencialmente, ao seu prolongamento no tempo (Lemos, Nascimento e Guedes, 2009). Estas limitações relacionam-se com a dor, a fraqueza dos músculos abdutores da anca, as contraturas na

articulação da anca e as desordens na marcha, bem como a fraqueza dos extensores e flexores da anca. A avaliação da capacidade e autonomia nas AVD's, permitem-nos avaliar a capacidade adaptativa da pessoa (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, 2011). Para estimular e desenvolver a autonomia da pessoa submetida a ATA, os enfermeiros de reabilitação implementam intervenções e processos educativos auxiliares, direcionando a execução das AVD's, com ou sem acesso de ajudas técnicas, imprescindíveis a uma melhor e mais eficiente adaptação (Martins e Fernandes, 2009).

Como tal, os cuidados de reabilitação revestem-se de uma importância crescente, sendo essenciais no período pré e pós-operatório da pessoa submetida a ATA, pois possibilitam a recuperação, em tempo útil, das funções da anca como parte integrante da cadeia cinética do membro inferior, assim como a obtenção da competência para efetuar as AVD's de forma segura e autónoma (Parente et al., 2009).

Cada pessoa deverá deter um programa de reabilitação customizado e individualizado, com base nos seus dados pessoais, na sua história clínica, tipo de intervenção, na sua competência para apreender o programa e respeitar comportamentos de risco. Este programa deverá ser constantemente atualizado, de forma a adequar e nortear os cuidados, de acordo com as verdadeiras necessidades da pessoa.

Considerando as capacidades do EEER, e compreendendo o benefício de uma reeducação precoce, este deve capacitar a pessoa com aspetos alusivos a atividades comuns do dia-a-dia, e que sofrem transformações na sua realização pela cirurgia (Fernandes, 2011). Pelo que, a reabilitação no período pré e pós-operatório faculta à pessoa e à família benefícios na recuperação e na aquisição de melhores resultados.

Importa refletir que, a Enfermagem de Reabilitação no período pré-operatório desempenha uma função fortemente educativa na capacitação da pessoa com exercícios e estratégias de alívio da dor e de técnicas de realização das AVD's, apropriadas às delimitações estabelecidas pela cirurgia, contribuindo para uma recuperação funcional mais célere e para a prevenção de complicações no pós-operatório. Como tal, a oportunidade de efetuar treino de marcha com canadianas/andador, treino de transferências e exercícios antes da cirurgia, permite ampliar a segurança da pessoa em efetuar os no pós-operatório (Walker, 2007).

Numa investigação realizada por Violante (2014) em que avaliaram a efetividade de um programa de ensino pré-operatório em doentes submetidos a ATA, concluíram que a implementação de um protocolo de intervenção no pré-operatório de forma ativa e sistemática, por parte dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, em articulação com a restante equipa multidisciplinar, confere avanços na qualidade da pericia

no aumento da funcionalidade e promoção do bem-estar e qualidade de vida, cooperando na tomada de decisão baseada na prática da evidência.

Outros estudos demonstram ainda que, as pessoas que usufruíram de programas de reabilitação pré-operatória necessitaram de menor tempo de internamento, quatro a cinco dias comparados com o período normal de internamento que é aproximadamente oito dias. Esta capacitação pré-operatória, não só diminuiu o período de internamento, como também diminuiu a necessidade de recurso a analgesia para controlo da dor. Concluíram ainda, que as pessoas notificadas acerca da evolução da cirurgia aquando do pré-operatório, através de programas de ensino sobre os exercícios de reabilitação fundamentais e atividades de vida diária, encontram-se mais bem preparados para enfrentar o *stress* da cirurgia e respetiva recuperação (Berend, Lombardi, & Mallory, 2004).

Estes resultados corroboram a opinião de Parente et al., (2009, p.161), que refere que “(...) o êxito da cirurgia de protetização da anca depende em grande parte do conhecimento e do ensino proporcionado ao doente”.

Yoon et al. (2010), no seu estudo, referem que as pessoas submetidas a ATA que participaram em um programa educacional no pré-operatório beneficiaram da redução de cerca de um dia de internamento ($3,1 \pm 0,8$ dias vs $3,9 \pm 1,4$ dias, $p=0,001$), em relação aos que não participaram. Fernandes (2011) apurou que dos 35 participantes que receberam ensino pré-operatório, todos concordaram que o ensino efetuado pelo EEER cooperou para que se tornassem mais independentes no período pós-operatório.

Deste modo, as intervenções de enfermagem de reabilitação necessitam ser delineadas com o propósito de minorar e reduzir os níveis de ansiedade no período pré-operatório, uma vez que o medo do desconhecido, a dor, a alteração da imagem corporal, o grau de dependência, a depressão e fadiga são as maiores preocupações dos doentes que são submetidos a ATA (Violante, 2014).

Os cuidados de reabilitação são fundamentais no período pré e pós-operatório da ATA, permitindo a reaquisição em tempo útil da funcionalidade da anca, assim como a capacidade de execução de AVD's com autonomia e segurança, devendo ter início no momento da admissão.

Já em 2019, Amaro (2019) no seu estudo conclui que os indivíduos que foram capacitados no pré-operatório com o Programa de Reabilitação, alcançaram mais ganhos em saúde relativamente ao grupo não intervencionado. Como tal, conclui que o grupo capacitado através do programa, alcançou um ganho concreto na obtenção de aptidões relacionadas com

posicionamento, mobilização e deambulação com canadianas, com a capacitação pré-operatória a assumir um papel fundamental na aquisição destes resultados.

Desta forma, o EEER deve criar um Programa de reabilitação individualizado para a pessoa submetida a ATA, iniciando-o no pré-operatório, de forma a preparar a pessoa para cirurgia, devendo ainda mantê-lo durante o período pós-operatório até que a pessoa se encontre totalmente recuperada e já não careça deste tipo de cuidados de enfermagem (Cordeiro, & Menoita, 2012).

Para Parente et al., (2009) o programa de reabilitação iniciado no pré-operatório, tem como principal objetivo preparar a pessoa para a reeducação no período pós-operatório, permitindo a diminuição da dificuldade provocada pela dor e pelo desconhecido. Assim, o EEER encontra-se numa posição privilegiada para auxiliar a pessoa a atingir o melhor nível de independência. A intervenção do EEER é crucial para coadjuvar na readaptação à sua nova condição, já que a mobilidade e autonomia estão comprometidas (Gomes, 2013).

O programa deverá ser individualizado, apresentando um conjunto de exercícios terapêuticos direcionados à pessoa submetida a ATA, que deverá ser flexível e adaptado em concordância com as necessidades da mesma (Kisner, & Colby, 2016).

2.4 Intervenção do EEER

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011) elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro especialista centraliza o seu conhecimento em um domínio específico da enfermagem, através da elaboração de juízos clínicos e intervenções especializadas, que possibilitam responder aos problemas humanos em saúde ao longo do ciclo vital, através da implementação de um grau de adaptação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

A OE define competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), como aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, expostas através de uma reconhecida e diferenciada capacidade de realização, gestão e supervisão dos cuidados, assim como, educação dos indivíduos, famílias e comunidades, através da uma concreta orientação, liderança e capacidade de formação e investigação. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEER da OE (2010), o EEER apresenta competências que lhe permitem conceber, implementar, monitorizar e avaliar planos diferenciados, de acordo com os problemas quotidianos de cada indivíduo. A sua formação permite-lhes atuar tanto a nível hospitalar como domiciliário e

tanto a nível crónico como agudo, incluindo os familiares ou os cuidadores no processo de aprendizagem e readaptação funcional, planeando a alta e promovendo a qualidade de vida. Assim, a Enfermagem de Reabilitação gera ganhos de saúde nas diferentes áreas de intervenção que implementa, capacitando a pessoa para uma maior autonomia (Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho da Ordem dos Enfermeiros).

O envelhecimento saudável assenta no desenvolvimento e na conservação da capacidade funcional (OMS, 2015). Este possibilita o desenvolvimento e promoção da autonomia e da capacidade funcional, contribuindo para o aumento da qualidade de vida dos indivíduos. O EEER deverá trabalhar na busca constante e dirigida às necessidades concretas de cada pessoa, por forma a maximizar o seu potencial funcional (Pestana, 2017; Regulamento n.º 125/2011, 2011).

O EEER detém competências homologadas em Diário da República:

“a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 2). De acordo com a OE (2015) a missão do EEER assenta na “promoção da qualidade de vida, na maximização da funcionalidade, no autocuidado e na prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas” (p. 16656).

Considerando as transformações na capacidade de autocuidado, as intervenções do enfermeiro de reabilitação propõem-se a promover as aptidões da pessoa e/ou desenvolver estratégias adaptativas que possibilitem a aplicação do máximo potencial de autocuidado (Januário, 2013).

O EEER cria e executa intervenções na tentativa de otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; implementa e projeta o treino de AVD's atendendo ao ajuste às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia no exercício dos autocuidados e da qualidade de vida; implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório (Ordem do Enfermeiros, 2010).

Estes programas revestem-se, portanto, de especial interesse e relevância uma vez que são uma ferramenta na manutenção/reabilitação da mobilidade dos indivíduos, otimizando a autonomia na prática dos autocuidados. De salientar que a recuperação funcional da pessoa submetida a ATA, conduz a uma otimização nos cuidados e condições do cuidar à pessoa

após a alta hospitalar. Na nossa sociedade, este é um fator com real importância, uma vez que muitos idosos retornam a casa para serem cuidados por familiares (cônjuges) também eles nesta mesma faixa etária, sucedendo que a dependência pode modificar a dinâmica familiar, interferindo no bem-estar da pessoa, da família e da comunidade muitas das vezes em que os mesmos se inserem.

A reabilitação envolve assim, um processo que integra diversas etapas, as quais incorporam uma extensão de intervenientes, tais como os profissionais de saúde, doentes, família e/ou cuidadores, na qual uma abordagem sistémica é primordial para alcançar os objetivos inicialmente delineados. Esta é um processo contínuo, que implica a realização de atividade ao longo do tempo e que pressupõe uma certa regularidade da mesma (Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

Como tal, considerando as competências do EEER, um programa de reabilitação em enfermagem consiste em um conjunto de intervenções, técnicas, procedimentos e/ou atividades, essenciais na otimização da condição física, mental e social da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, promovendo a funcionalidade através do desenvolvimento das suas capacidades (Ordem do Enfermeiros, 2010).

Atentando, concretamente ao programa de reabilitação funcional uma porção do mesmo, consiste em um plano de exercícios físicos que visam a manutenção e/ou restabelecimento de anteriores potenciais da pessoa.

Com este estudo pretendeu-se implementar uma consulta pré-operatória de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico, nomeadamente à pessoa submetida a ATA, que assenta em um programa de recuperação funcional da mesma, assente na educação para a saúde.

O EEER encontra-se em uma posição privilegiada para coadjuvar o doente a alcançar o melhor nível de independência possível, através de orientações no período pré-operatória, que incluem a elucidação do procedimento cirúrgico e dos objetivos da reabilitação pós-operatória, nomeadamente ao nível da recuperação da autonomia funcional, na fase de internamento. Embora a recuperação não se dê na sua totalidade no internamento, é crucial a intervenção do EEER para auxiliar na readaptação à nova condição, que inclui comprometimento ao nível da mobilidade e autonomia (Gomes, 2014).

As recomendações pré-operatórias dirigidas à pessoa que será submetida a ATA, devem compor-se de uma explicação do procedimento, o período previsível de recuperação e de reabilitação, orientações de progresso, instruções para a alta, recuperação no domicílio e os

exercícios de reabilitação. Aconselha-se ainda, a realização de mobilizações passivas e ativas assistidas da articulação coxofemoral do lado intervencionado. No que respeita a técnicas e atividades a realizar neste período, salientam-se a avaliação funcional e determinação do potencial de reabilitação. A pessoa deverá ser informada acerca da relevância do programa de reabilitação e das ajudas que irá requerer no intervalo de internamento e após a sua alta (Sousa, & Carvalho, 2017).

Para a elaboração do referido treino, especificamente desenhado para idosos hospitalizados com défice de equilíbrio, marcha e funcionalidade, não poderemos esquecer princípios fundamentais na prescrição de exercício, que passaremos a desenvolver de seguida.

2.5 Programas de reabilitação funcional

O treino funcional tem como objetivo melhorar a capacidade funcional, estimulando com exercícios os recetores proprioceptivos, com vista ao melhoramento no desenvolvimento da consciência sinestésica e de controlo corporal. Este visa assim, atuar sobre o equilíbrio muscular estático e dinâmico, diminuindo a incidência da lesão e ampliando a eficiência dos movimentos, acrescentando ao estímulo neuromuscular e aeróbico outras características como agilidade e coordenação motora (Stocco, 2017). Este treino funcional assenta na capacidade de realizar as atividades de vida diária com eficiência, autonomia e independência (Campos, & Neto, 2004). Assim, privilegiam-se os exercícios com modificações de velocidade, diferentes amplitudes e direções, em ambientes diferenciados, validando habilidades específicas, minimizando, por conseguinte, a incapacidade funcional (Lustosa, et al., 2010).

Tendo por base as especificidades desta faixa etária, o EEER necessitará de conhecer os exercícios mais adequados, para ser capaz de planejar e implementar um programa de treino ajustado às particularidades e limitações do indivíduo, o qual será desenvolvido mais à frente, aquando da abordagem do plano de consulta pré-operatório.

Capítulo II - Organização, Gestão e Formação dos Cuidados à Pessoa com Patologia do Foro Ortopédico

As pessoas com patologia do foro ortopédico detêm características e necessidades específicas. Quer no período pré-operatório, quer ao longo do período pós-operatório, a necessidade de informação à pessoa é uma constante, sendo o enfermeiro o responsável pela organização e gestão deste processo de cuidar. Desta forma, o enfermeiro de reabilitação assume um papel preponderante na organização, gestão e formação dos Cuidados à pessoa com patologia do Foro ortopédico (Marques-Vieira & Sousa, 2017).

1. O Enfermeiro como promotor da autonomia da pessoa

Capacitar é um processo multidimensional que envolve o conhecimento, decisão e ação, em que os conhecimentos são construídos com base nos valores individuais de cada indivíduo, alterando-se ao longo da vida, uma vez que são influenciados por fatores sociais, culturais e religiosos (Sousa & Carvalho, 2017).

O cuidar em Enfermagem de Reabilitação assume uma abordagem holística. O enfermeiro assume um papel fundamental na capacitação em saúde, uma vez que este é o profissional responsável pela gestão dos cuidados, junto da pessoa. Estes profissionais usufruem assim, de um lugar privilegiado na área da educação e promoção da saúde, devido às diversas oportunidades de contato com a pessoa e família, ao longo do processo de cuidados, no decurso do ciclo vital (Pestana, 2017).

1.1 Teoria da Enfermagem e informação à pessoa

O pensamento teórico em enfermagem desenvolveu-se e evoluiu, constituindo-se como um caminho com uma enorme e variada riqueza concetual. Os profissionais de enfermagem deverão adquirir este conhecimento, tanto na sua vertente teórica como metodológica (Queirós, 2014).

Consideramos pertinente a abordagem da Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem, uma vez que reflete a relação das capacidades do indivíduo na realização dos autocuidados, bem como a atuação do enfermeiro na satisfação das necessidades do doente.

A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea de Orem, foi desenvolvida entre 1959 e 1985, sob influência de autores como Peplau, Henderson, Nightingale, Roy, Rogers, resultado da sua firme inquietação com a melhoria dos cuidados de enfermagem, associada à sua alargada experiência profissional.

O autocuidado é o conceito principal para Orem, que o define como a prática de atividades que auxiliam o aperfeiçoamento nas pessoas que a executam dentro de espaços de tempo

específicos, em que os objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal (Orem, 2001). Queirós (2010), refere ainda que, o autocuidado é universal pois inclui todos os aspetos quotidianos, não se reduzindo às atividades de vida diárias e instrumentais.

Orem integra na sua teoria geral, três teorias inter-relacionadas, sendo elas: 1) a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; 2) a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e 3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que devem de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey, & Alligood, 2002).

A principal ideia da TDAE é que a necessidade de cuidados de enfermagem está relacionada com a limitação da ação e a maturidade das pessoas, associada à mesma, pelo que estas limitações condicionam de forma parcial ou total a capacidade de autocuidado das pessoas (Tomey, & Alligood, 2002). Esta noção compõe a essência da teoria geral do défice de autocuidado, pois demarca a necessidade da intervenção de enfermagem, sempre que as exigências de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa para o realizar. Assim, a capacidade de adquirir ou de recuperar o autocuidado, por ação própria ou de terceiros, ocorre em três fases dependentes (Soderhamn, 2010): 1) Autocuidado estimativo, determina o que fazer para readquirir o autocuidado; 2) Autocuidado transitivo, reconhece as várias opções para a recuperar o autocuidado, selecionando a mais favorável; 3) Autocuidado produtivo, verifica a capacidade real para o autocuidado, através da capacidade da pessoa para cuidar de si.

Orem, identifica ainda três tipos de prática de Sistema da enfermagem: 1) Totalmente compensatória, quando a enfermagem substitui a pessoa no autocuidado; 2) Parcialmente compensatória, quando a pessoa recorre à enfermagem para auxiliá-lo no que não consegue executar autonomamente; e 3) Apoio-educativo, quando a pessoa é independente para o autocuidado, embora necessite dos enfermeiros no ensino e supervisão na realização das tarefas (Tomey, & Alligood, 2002). Assim, para Orem o processo de enfermagem é um sistema que possibilita o diagnóstico da necessidade de cuidados, o seu planeamento e respetiva intervenção. O método para conduzir este processo cumpre os demais critérios: determinação dos requisitos de autocuidado; determinação da competência para o autocuidado; determinação da necessidade terapêutica; mobilização das competências do enfermeiro; e o planeamento da assistência de enfermagem (Tomey, & Alligood, 2002).

Desta forma, salienta-se a importância de compreender as limitações na concretização dos autocuidados e ressalva-se que o objetivo da intervenção do enfermeiro é garantir o cuidado

à pessoa e promover a autonomia da mesma, relativamente ao autocuidado. Neste processo é fundamental que o EEER não se esqueça de incluir a família como alvo da intervenção da Enfermagem.

2. Equipas de saúde: os desafios da continuidade de cuidados

Como enfermeiros consideramos essencial que a continuidade de cuidados à pessoa seja assegurada. Contudo, compreendemos igualmente, que esta figura como um desafio para nós profissionais, mas também para a pessoa e para a família.

O retorno a casa após um período de internamento é um momento de transição, com preponderância no processo de reabilitação e reincorporação da pessoa na comunidade (Nunes, 2020).

Na cirurgia de ATA, a preparação da alta da pessoa o mais precocemente possível, torna-se essencial, para uma adaptação serena à sua nova condição e ao meio social. Como tal, este planeamento da alta deverá ter início na consulta pré-operatória, poderá ser ajustado no momento da admissão da pessoa e constantemente adequado durante todo o período de internamento, através do ensino, do treino e da supervisão de estratégias, de realização das atividades de vida diárias. Percecionamos ainda que, o momento da alta, deverá acontecer assim que a pessoa detenha as condições e competências necessárias à realização das tarefas do seu quotidiano autonomamente, ou com recurso a equipamentos ou assistência da família/cuidador informal.

Nunes (2020) no seu estudo demonstra a importância para a pessoa submetida a determinado procedimento, de um planeamento de alta correto e personalizado. A autora analisa a perceção que as pessoas possuem sobre o planeamento do seu regresso a casa. Este estudo reveste-se de um interesse crescente, pois possibilita que os enfermeiros, nomeadamente o EEER, conheça as reais necessidades da pessoa alvo dos seus cuidados, contribuindo assim, para um planeamento adequado e, por conseguinte, maior satisfação dos mesmos quanto aos cuidados rececionados. Os dados demonstraram que relativamente à dependência, 43,2% das pessoas eram independentes na realização das AVD, 27% ligeiramente dependentes e só 10,8% eram totalmente dependentes. As AVD's com maior dependência foram o banho (51,4%) a higiene corporal (29,7%) e o uso sanitário (18,9%). Quanto ao domínio do mover-se, destacaram-se o subir e descer escadas, a deambulação e a transferência cadeira-cama, com algum grau de dependência. Relativamente às informações fornecidas aquando do planeamento da alta, a maioria dos participantes (56,3%) percecionou-as como sendo “as

necessárias”. O mesmo aconteceu relativamente à medicação (62,5%). Importa salientar que, apesar destes números animadores, compreendemos que o EEER ainda tem um longo caminho e que deverá ser cada mais proativo, quando a autora relata que 68,8% dos participantes afirmaram sentir preocupação com a execução das AVD’s e 59,4% refere falta de confiança na realização dessas tarefas no domicílio.

Pelo supracitado, compreendemos a importância da ação do EEER numa fase cada vez mais precoce, nomeadamente, mesmo no período pré-operatório, de forma a possibilitar o desenrolar de um processo de alta em simbiose com a pessoa, sendo sempre este personalizado e passível de ser ajustado e readaptado em função das necessidades específicas da mesma.

**Capítulo III - Proposta de Concretização de uma Consulta
Pré-Operatória de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa
Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico**

A Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) da OE, definiu áreas prioritárias, na Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, em Portugal, para os anos de 2015-2025.

Assim, foram identificadas três áreas de investigação mais prioritárias em Enfermagem de Reabilitação, dos quais salientamos:

1. Área de Investigação no âmbito dos Processos Fisiológicos estudando as intervenções autónomas do EEER na função motora;
2. Área de Investigação no âmbito dos Processos Adaptativos na dependência no Autocuidado em contexto domiciliário;
3. Área de investigação em efetividade das intervenções de Enfermagem de Reabilitação.

Abordam ainda, a importância da intervenção do EEER na capacitação da pessoa e/ou cuidador informal (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015). Desta forma, torna-se essencial o trabalho aqui desenvolvido, na medida em que a consulta pré-operatória de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico, se constitui como uma poderosa ferramenta na capacitação da pessoa. Por outro lado, esta mesma consulta enquadra-se igualmente, nas três áreas de investigação prioritárias.

Tendo em conta o supracitado, o presente trabalho foi desenvolvido tendo como foco o papel do EEER na capacitação da Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico, nomeadamente ao nível dos autocuidados.

O EEER leva a cabo um conjunto de ações que abarca o reconhecimento das necessidades, análise de dados, diagnósticos, prescrição de intervenções e avaliação das mesmas, perante esta reflexão elegeu-se como atividade a consulta de enfermagem, por ser a melhor estratégia para deteção precoce das dificuldades edificando estratégias e continuidade de cuidados. A partir destas reflexões podemos reduzir dificuldades e melhorar a qualidade de vida através do estabelecimento de uma relação interpessoal. Mediante a OE, Parecer MCEER N° 11/2014 (2014, p.2) de acordo com a Portaria n° 306 – A/2011, de 20 de dezembro a: “Consulta de Enfermagem é uma intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado”.

A OE (2016) define diversos instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. O objetivo destes instrumentos é

permitirem caracterizar o estado de saúde da pessoa com maior efetividade, do ponto de vista da resposta humana, às mudanças subsequentes da dependência para a autonomia e/ou do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo vital. Os diversos documentos encontram-se divididos na tabela abaixo, pelas diferentes AVD's.

Tabela 1 – Instrumentos de avaliação, por AVD's.

AVD's	Instrumentos de avaliação
Andar; Andar com Auxiliar de Marcha; Equilíbrio Corporal; Pôr-se de Pé; Transferir-se; Posicionar-se.	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Equilíbrio de Berg; • Escala avançada de Equilíbrio de Fullerton; • Categorias Funcionais de Marcha; • Medida de Independência Funcional; • Timed up and go.
Autocuidados: Arranjar-se; Beber; Alimentar-se; Higiene; Uso do Sanitário; Vestuário.	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Barthel; • Medida de Independência Funcional; • Índice de Katz Lawton-Brody; • Escala de Lawton & Brody.
Intolerância à Atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Borg modificada – avaliação da dispneia; • Escala de Borg Modificada – Avaliação da Perceção Subjetiva de Esforço; • Teste de Marcha de 6 minutos; • The Incremental Shuttle Walk Test.

Pelo supracitado, compreendemos que existem inúmeros instrumentos que coadjuvam o EEER numa avaliação inclusiva, mensurável e evolutiva. Estes instrumentos colaboram no processo de tomada de decisão, pois possibilitam uma avaliação apropriada da ajuda necessária na mobilidade na cama, transferências, sentar, andar e nos autocuidados (alimentar, sanitário, higiene, vestir e vida doméstica). Os instrumentos de avaliação empregues em Portugal, para avaliação das AVD's são: o Índice de *Barthel*, o Índice de *Katz* e a Medida de Independência Funcional (Marques-Vieira, & Sousa, 2017).

Como a Enfermagem de Reabilitação, possui competências para agir de forma autónoma, o EEER deverá aplicar na atividade prática, todo o seu conhecimento, aplicá-lo e, desta forma, demonstrar e produzir ganhos em saúde.

Capítulo IV - Metodologia

1. Concetualização

A OE afirma que a investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura desenvolver o conhecimento da disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas por forma a dar resposta à pessoa, famílias e comunidade. A OE inclui a promoção da saúde, a prevenção da doença e o cuidado à pessoa ao longo do seu ciclo vital, como essenciais no cuidado à mesma. Tem como objetivo desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006).

O presente estudo centrou-se em uma abordagem qualitativa, tendo sido aplicada a metodologia de projeto. Segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p. 2) a metodologia de projeto tem como principal objetivo “centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. A metodologia constitui-se assim, como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que, o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.” Desta forma, a metodologia de projeto assenta num processo de investigação que tem por base um problema, o que surge nas nossas práticas diárias, para o qual vamos desenvolver estratégias e intervenções para a sua eficaz resolução. Salienta-se que, este Trabalho de Projeto tem como objetivo criar uma consulta de Enfermagem de Reabilitação Pré-Operatória.

A metodologia de projeto, prevê cinco etapas, que foram aplicadas por nós, propostas por Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p.2), sendo elas:

- Diagnóstico de situação;
- Definição dos objetivos;
- Planeamento;
- Execução e avaliação;
- Divulgação dos resultados.

O diagnóstico de situação é primeira fase da metodologia de projeto cujo objetivo passa pela elaboração de um mapa cognitivo acerca da situação-problema identificada, por forma a construir um modelo descritivo da realidade, sobre a qual se pretende atuar e realizar alterações. Implica a identificação dos problemas e um levantamento das necessidades, através de instrumentos de colheita/análise da informação, como a observação, entrevistas,

escalas, análise SWOT, entre outras. Nesta fase, será efetuada uma caracterização do estabelecimento de saúde onde se pretende implementar a consulta de Enfermagem de Reabilitação Pré-Operatória.

A definição dos objetivos de um estudo, estes podem ser gerais ou específicos e assinalam o porquê da investigação. Devem ser claros, concisos, realizáveis e medíveis.

No planeamento, é necessário definir atividades e estratégias a desenvolver, recursos necessários, e realizar a calendarização das atividades, através de um cronograma. O planeamento é um processo flexível, interativo e que determina as datas de início e de fim das atividades planeadas.

A fase de execução, consiste em pôr em prática todas as atividades planeadas, na recolha dos dados e no tratamento dos mesmos, de modo a resolver o problema identificado inicialmente. Neste trabalho de projeto será realizada apenas a primeira fase, uma vez que a implementação efetiva da consulta de Enfermagem de Reabilitação só será possível após aprovação pelo Conselho de Administração da Instituição. Assim, é elaborado nesta fase de projeto, todo o percurso preparatório para a implementação da consulta de Enfermagem de Reabilitação e, uma vez reunidas as condições necessárias, esta poderá ser implementada.

A avaliação, elemento fundamental de qualquer programa, permite calcular, certificando através de instrumentos de avaliação se os objetivos foram alcançados.

Por fim, a divulgação dos resultados, permite dar a conhecer a relevância do projeto e todo o percurso efetuado para a resolução do problema identificado. Pode ser realizada através da elaboração de um relatório, poster, comunicações em eventos ou formato eletrónico.

Em síntese, todas estas fases adotadas do projeto são fundamentais para alcançar melhores resultados e, desta forma, potenciar a qualidade os cuidados prestados à pessoa.

2. Diagnóstico de situação

Para a concretização de um projeto tem de existir uma conformidade entre o diagnóstico de situação e as necessidades identificadas. O diagnóstico de situação harmoniza conhecimento, caracterização e análise da realidade envolvente, o que o torna, um pré-requisito para as etapas seguintes. Nesta etapa, pretende-se efetivar uma observação e documentação da realidade e das necessidades da pessoa, com o desígnio de desenvolver estratégias e ações, otimizando os recursos disponíveis.

Assim, realizamos uma breve descrição do contexto onde o estudo decorrerá.

A elaboração deste Trabalho Projeto foi direcionada para a problemática da Coxartrose e o seu diagnóstico de situação específica, bem como das necessidades da Pessoa submetida a ATA.

2.1 Caracterização sociodemográfica do concelho de Vila Nova de Famalicão

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, o concelho de Vila Nova de Famalicão figura como um dos concelhos maiores em termos populacionais.

Numa análise mais pormenorizada, verificamos que atualmente o país tem a sua população concentrada em três grandes áreas metropolitanas: Lisboa, Porto e Braga (Braga, Guimarães, Vila Nova de Famalicão e Barcelos).

A par do que tem acontecido no restante país, também, no concelho a população residente com mais de 65 anos tem vindo a aumentar, como podemos observar na tabela seguinte. Pelas nossas práticas diárias facilmente compreendemos que, as pessoas com patologia ortopédica compreendem a faixa etária mais abrangida na população residente em Vila Nova de Famalicão, nomeadamente com mais de 45 anos de idade.

Tabela 2 - População residente por classe etária.

População residente em Vila Nova de Famalicão	Total		0-14 anos		15-64 anos		65 ou mais anos	
	2001	2019	2001	2019	2001	2019	2001	2019
	127.879	131.707	24.337	17.044	89.939	90.854	13.603	23.810

Fonte: Pordata, 2019.

2.2 Contexto do estudo

O Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA) constitui, de acordo com o artigo 5.º do Decreto - Lei n.º 50-A/2007 de 28 de Fevereiro, um Estabelecimento Público do Serviço Nacional de Saúde, de natureza empresarial, sendo uma Pessoa Coletiva dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto - Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, e do artigo 18.º do anexo da Lei n.º 27/2002 de 08 de Novembro, e resulta por fusão das seguintes unidades de saúde: Hospital Conde de São Bento - Santo Tirso e Hospital São João de Deus - Vila Nova de Famalicão e tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde, de acordo com o seu grau de diferenciação e o seu posicionamento no contexto do Sistema Nacional de Saúde. A sua área de influência são os concelhos de Santo Tirso, Trofa e Vila Nova de Famalicão.

Consideramos as cirurgias já realizadas ao nível do foro ortopédico na instituição, acreditamos ser uma mais-valia para a população abrangida pelos cuidados no CHMA, a criação de uma consulta pré-operatória, por forma a dotar de maiores competências a população, com cuidados prestados de excelência à Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico, nomeadamente a ATA.

2.3 Problemática

Com o aumento da esperança média de vida, tem-se verificado uma preocupação crescente relativamente à qualidade de vida relacionada com a saúde, especialmente na população mais idosa. Com a idade, as capacidades motoras tendem a ficar progressivamente mais comprometidas, através de processos osteoarticulares degenerativos como é o caso da coxartrose. Existem dois tipos principais de tratamentos: o conservador e o cirúrgico (Martins, 2019). Contudo, devido à idade da pessoa, a cirurgia ortopédica tem vindo a adquirir protagonismo no tratamento da coxartrose, sendo a ATA o procedimento cirúrgico mais utilizado e efetivo no alívio da dor, aumento da capacidade funcional e diminuição das limitações. Para a enfermagem de reabilitação é impreterível o conhecimento dessas limitações e um diagnóstico funcional da pessoa com coxartrose (Gonçalves, 2014). A PTA é recomendada para pessoas com artropatia da anca, com dor permanente ou limitações na realização das AVD's. Contudo, a PTA pode causar um comprometimento da capacidade funcional da pessoa no que se refere à realização das AVD's, refletindo-se na sua qualidade de vida (Calado, 2017). O Enfermeiro de Reabilitação, através das suas intervenções pode promover substantivamente o potencial de recuperação da pessoa para níveis eficazes de funcionalidade.

O Registo Português de Artroplastias foi criado pela Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, com início de atividade no dia 01 de junho de 2009. Segundo o último relatório do Registo Português Artroplastias no ano de 2011-2012, foram realizadas 6867 PTA. A caracterização demográfica evidenciou que a maioria das pessoas apresentavam uma idade superior a 50 anos, com ênfase nas com idade compreendida entre os 60-79 anos que, em conjunto, são responsáveis por 80% dos registos submetidos. De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), relativos à projeção da população residente em Portugal para o ano 2060, prevê-se um aumento de 29,23% no grupo que engloba as mesmas, comparativamente com o ano de 2010, o que deixa em aberto o aumento da necessidade crescente deste tipo de cirurgia.

Um projeto constrói-se partindo de uma problemática identificada, considerando um problema de saúde a nível nacional e internacional, necessitando de uma abordagem estratégica, a fim de garantir a obtenção de ganhos em saúde, a médio e a longo prazo.

Os cuidados de saúde primários já apresentam em alguns locais uma consulta pré-operatória de Enfermagem de Reabilitação, alguns hospitais também já apresentam esta valência.

Este projeto irá contribuir para aumentar a resposta em Reabilitação à pessoa submetida a ATA, no concelho de Vila Nova de Famalicão.

2.4 Instrumento de recolha de dados

O diagnóstico processa-se recorrendo a instrumentos de diagnóstico (escalas de observação, questionários e entrevistas), mas também através da utilização de instrumentos como a análise SWOT. Estes instrumentos possibilitam a identificação e a exploração de todas as causas prováveis de um problema ou todos os fatores que influenciam um processo (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Quando os investigadores selecionam o instrumento de recolha de dados devem procurar aquele que mais se adequa à satisfação e cumprimentos dos objetivos delineados no estudo.

O instrumento de colheita de dados, apresentou os seguintes objetivos:

- Compreender que tipo de informações foram dadas no pré-operatório acerca de cuidados e estratégias adaptativas à pessoa submetida a ATA;
- Compreender o impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação à pessoa submetida a ATA, ao nível do autocuidado: higiene, vestir-se e andar com auxiliar de marcha;
- Compreender quais as expectativas do enfermeiro de reabilitação relativamente à consulta de enfermagem pré-operatória à pessoa submetida a ATA.

Assim, para a colheita de dados foi elaborado um instrumento de dados, aplicado através de entrevista, sob a forma de questionário, composto por três grupos e uma pergunta de resposta aberta. O primeiro grupo reportava as variáveis sociodemográficas, o grupo II reportava à Consulta de Enfermagem de Reabilitação e o grupo III era referente ao contexto da alta hospitalar.

2.5 Procedimentos de recolha e tratamento de dados

O estudo foi desenvolvido em contexto natural, em contexto real. Para a realização deste estudo a população alvo foi constituída por quatro enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação:

- 2 com consulta de enfermagem de reabilitação em contexto hospitalar;

- 1 sem consulta de enfermagem de reabilitação, com exercício de atividade profissional na área de ortopedia, em contexto hospitalar;
- 1 sem consulta de enfermagem de reabilitação, com exercício de atividade profissional em contexto comunitário (ECCI-Equipas de Cuidados Continuados Integrados).

Foram definidos como critérios de inclusão:

- Ser enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- Enfermeiro a exercer a sua atividade profissional em hospital ou ECCI.

Foram definidos como critérios de Exclusão:

- Enfermeiro que não exerça a sua atividade profissional em hospital ou ECCI;
- Enfermeiro sem especialidade em enfermagem de reabilitação.

A recolha de dados aos enfermeiros(as) recrutados(as) foram realizadas fora do contexto laboral. Quanto ao número de contactos a realizar a cada enfermeiro(a) recrutado(a), foi de uma entrevista a cada Enfermeiro(a), mas salvaguardou-se a necessidade de novo contacto para esclarecer/complementar informação. A colheita de dados teve lugar no mês de abril de 2021, uma vez que a aprovação pela comissão de ética data de 10/03/2021. O tratamento de dados foi efetuado com recurso da estatística descritiva e à análise de conteúdo segundo Bardin (2011).

Relativamente aos aspetos éticos, segundo Fortin, Côte e Filion (2009), devemos considerar diversos aspetos na investigação, relacionados com as questões éticas, tendo sempre como linha norteadora, o respeito dos direitos da pessoa.

Ao longo da investigação, foram ainda consideradas as demais questões éticas: Garantia de Confidencialidade, foi garantida a confidencialidade e proteção de todos os dados recolhidos, uma vez que os mesmos só foram utilizados para a presente investigação; Autonomia dos participantes, foi garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (foram elaborados documentos para informação e obtenção do consentimento).

O consentimento informado, livre e esclarecido é a forma legal de respeito pela vontade manifestada pela pessoa, estando preconizado na Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013) e na Convenção de Oviedo (Resolução da Assembleia da República Nº 1/2001). Para que a pessoa incluída na investigação seja verdadeiramente esclarecida, foi solicitada a leitura, reflexão e assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido que se encontra em anexo (Apêndice II).

Foi ainda assegurado que os procedimentos de recolha de dados não comportaram nenhum risco para os participantes, bem como não existiram custos de participação para os sujeitos que participaram no estudo. Por fim, o presente estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), tendo-lhe sido atribuído o parecer N° 754_02_2021 (anexo I).

2.6 Apresentação e discussão dos resultados

Apresentamos os resultados obtidos com base nas entrevistas realizadas, aos profissionais de saúde e na análise SWOT. Num momento inicial apresentamos os dados de forma descritiva, nomeadamente ao nível da caracterização dos participantes. Seguidamente, passa-se à discussão dos mesmos.

Caraterização dos Participantes

Participaram no estudo 4 EEER cujas características sociodemográficas passamos a apresentar: a amostra é maioritariamente feminina (75%), com uma média de idades de 50,75 anos e os inquiridos apresentam uma média de 28 anos de exercício profissional, tendo o profissional com menos anos de experiência um total de 14 anos e o com mais anos de experiência um total de 35 anos.

Relativamente ao ano de conclusão de especialidade o profissional que concluiu há mais tempo terminou no ano de 1996, e o mais recente no ano de 2019.

Resultado das entrevistas e discussão

Iniciamos pela apresentação dos resultados, através de uma tabela síntese.

Tabela 3 – Áreas Temáticas, Categorias e Subcategorias.

Área temática	Categoria	Subcategoria
Dificuldades e constrangimentos percebidos pelo EEER	Capacidade física comprometida	
	Atividades de Vida Diária comprometida	Atividades básicas de Vida Diária
		Atividades Instrumentais de vida diária
	Capacidade de marcha com auxiliar de marcha comprometida	

Área temática	Categoria	Subcategoria
Contributo da consulta para a autonomia da pessoa	Período pré-operatório	
	Período pós-operatório	
Dificuldades perante a família/cuidador da pessoa com apoio da ECCI	Barreiras arquitetónicas	
	Défices de conhecimentos	Relativos às AVD's
		Mobilização muscularto-articular
		Posicionamento
		Transferência
Recursos disponíveis para implementar a consulta	Recursos humanos	Instituições com EEER
	Recursos terapêuticos	Fármacos
		Ajudas técnicas
	Serviços de Saúde	
	Rede Nacional de Cuidados Continuados	

Seguidamente apresentamos o posicionamento das respostas no grupo II e III do questionário, na tabela abaixo.

Tabela 4 – Resultados do questionário.

Parte II – Consulta de Enfermagem de Reabilitação	Sim	Não	NA/ Não sabe
Tem experiência como enfermeiro de reabilitação na área da ortopedia?	100%	0%	0%
Existe consulta de enfermagem de reabilitação para a Pessoa com patologia ortopédica, na sua instituição?	50%	50%	0%
Se Sim, pertence a essa consulta?	25%	25%	50% (NA)
Considera que à Pessoa com patologia ortopédica é fornecida informação prévia acerca dos cuidados necessários para uma adequada recuperação?	50%	50%	0%
Considera importante a existência de uma consulta de enfermagem pré-operatória, para obtenção de melhores resultados e independência do doente?	100%	0%	0%

Parte II – Consulta de Enfermagem de Reabilitação	Sim	Não	NA/ Não sabe
Considera que uma consulta de enfermagem pré-operatória diminui o número de dias de internamento?	100%	0%	0%
O doente, apresenta conhecimento relativamente às ajudas técnicas (entenda-se canadianas, andarilho, cadeira de rodas...) que poderá ter de necessitar, face à alteração da sua mobilidade, após a consulta (antes da cirurgia)?	50%	0%	50% (Não sabe)
O Doente reconhece as possíveis atividades de vida diárias (banho, vestir, ir a casa de banho) alteradas após a consulta (antes da cirurgia)?	50%	0%	50% (Não sabe)
O doente consegue definir o enfermeiro EEER como coadjuvante no seu tratamento e na preparação para a alta?	50%	0%	50% (Não sabe)
O doente consegue compreender a possível necessidade de auxílio na continuidade de cuidados após a alta hospitalar?	50%	0%	50% (Não sabe)
O doente compreende que é possível necessitar de apoio após a cirurgia, para o auxiliar nas suas atividades de vida diárias (banho, vestir, ir a casa de banho) durante os primeiros dias após a alta hospitalar?	50%	0%	50% (Não sabe)

Parte III – Em contexto após alta hospitalar	Sim	Não	NA/ Não sabe
O doente consegue ter uma marcha autónoma com apoio de auxiliar de marcha, após a alta?	75%	25%	0%
Quando tem degraus/escadas em casa, o doente tem conhecimento sobre como descer e subir com auxiliar de marcha?	50%	50%	0%
O doente sabe quais os cuidados para prevenir luxação de PTA?	75%	25%	0%

Parte III – Em contexto após alta hospitalar	Sim	Não	NA/ Não sabe
O doente tem conhecimento de como executar exercícios de mobilização músculo articular?	75%	25%	0%
O doente tem o seu domicílio preparado/adaptado?	25%	75%	0%
A família tem conhecimentos sobre as novas necessidades do doente?	50%	50%	0%
A família consegue identificar hábitos prejudiciais ou comprometedores para a recuperação do seu familiar	50%	50%	0%

Da análise de conteúdo dos discursos que integram o corpus de análise resultam três áreas temáticas, que correspondem aos blocos temáticos do questionário, constatando-se que os temas mais desenvolvidos foram: Os contributos da consulta de enfermagem para a independência/autonomia da pessoa submetida a ATA; o principal desafio para o enfermeiro de reabilitação na pessoa submetida a ATA e dificuldades de atuação perante a pessoa submetida a ATA para a família/cuidador com apoio pela ECCL.

Relativamente ao tema, Os contributos da consulta de enfermagem para a independência/autonomia da pessoa submetida a ATA sobressaem duas categorias: o contributo no período pré-operatório e no período pós-operatório, tal como explicado pelo enfermeiro: “O processo de reabilitação do doente submetido a PTA, tem duas dimensões essenciais: pré-operatório e pós-operatório.” (E1).

Porém, alguns enfermeiros enfatizam a importância do pós-operatório: “O maior impacto é o total envolvimento por parte do doente no processo de reabilitação pós-operatório.” (E2). Relativamente, à consulta pré-operatória é ressaltada a importância dos instrumentos de avaliação aplicados, tais como: “No pré-operatório, na consulta, é feita a avaliação através de escalas: FIM, I Katz, escala modificada de Ashworth, categoria funcional de marcha, e é criado um protocolo de enfermagem de reabilitação para doente submetido a PTA, as expectativas do doente estão relacionadas com o seu desempenho nas AVD’s, daí a importância do enfermeiro especialista em reabilitação, como vetor educacional para aumentar a funcionalidade da pessoa.” (E1).

Quanto à atuação no pós-operatório, a pessoa assume um papel preponderante no seu processo de saúde/doença, nomeadamente ao nível da construção da autonomia, como vemos pelo discurso dos enfermeiros: “No pós-operatório, é continuar o programa de reeducação funcional à família e mais especificamente ao cuidador, que deve estar envolvido

desde a consulta de pré-operatória, os instrumentos/indicadores referidos, utilizados na consulta pós-operatória serão os mesmos para medição dos ganhos em saúde na consulta pré-operatória.” (E1). Segundo o E2, “O maior desafio é que o doente consiga fazer o pós-operatório sem incidentes permitindo assim atingir uma autonomia o mais precoce possível.” No que ao tema, O principal desafio para o enfermeiro de reabilitação na pessoa submetida a ATA concerne, ressalva-se as dificuldades sentidas em contexto hospitalar, pela falta de uma consulta pré-operatório, como referido: “Na nossa instituição como não existe consulta pré-operatória aos doentes que serão submetidos a ATA, (...) vem para o internamento não tem a mínima noção de como vão ficar após a cirurgia, não estão preparados para tal.” (E4). Salientam ainda, as dificuldades sentidas e o trabalho realizado durante o internamento: “Como enfermeiros de reabilitação nós ensinamos/instruímos e treinamos a pessoa de modo a torná-la o mais autónoma possível.” (E4).

Por outro lado, verificamos no discurso, que estão bem presentes os desafios e as preocupações com o planeamento da alta e os cuidados domiciliários: “Também nos deparamos com dificuldades que irão sentir no domicílio e tentamos sugerir estratégias para facilitar as atividades de vida diária.” (E4).

Por fim, relativamente ao tema, Dificuldades de atuação perante a pessoa submetida a ATA para a família/cuidador com apoio pela ECCI, sobressaem duas categorias: défices ao nível do conhecimento e as barreiras arquitetónicas, tal como referido: “Uma das maiores dificuldades relaciona-se com o défice de conhecimentos [(autocuidados: higiene, uso sanitário, banho, vestir/despir), mobilização músculo articular, posicionamento, transferência, levantar, sentar, deambular com AM] da pessoa.” (E3). O mesmo refere, “Uma outra grande dificuldade está diretamente relacionada com barreiras arquitetónicas (tapetes, espaços pequenos e excesso de mobiliário, calçado inadequado e wc desadequado).”

Na análise dos dados, relativamente à constituição da amostra compreendemos que ela é maioritariamente feminina o que vai de encontro aos dados da profissão de enfermagem, constituída essencialmente por profissionais do sexo feminino. Estes dados corroboram os últimos dados do INE, que refere que em 2018, mais de 80% dos enfermeiros eram mulheres (82,2%) e 71,0% tinham entre 31 e 60 anos de idade. Assim, a média de idades dos inquiridos (50,75 anos) também se encontra no intervalo referido.

Relativamente à experiência a nível do foro ortopédico, verificámos que todos os inquiridos apresentam experiência como enfermeiros de reabilitação na área de ortopedia, contudo, apenas metade (50%) dos inquiridos refere existir consulta de enfermagem de reabilitação para a Pessoa com patologia ortopédica, na sua instituição. Estes dados corroboram o estudo

de Florentino (2012), que refere que a maioria das pessoas submetidas a cirurgias programadas do foro ortopédico, como é o caso da ATA, não estão integrados em qualquer programa de multidisciplinar de informação e ensino. Verificamos igualmente que, da amostra, que tinha na sua instituição a consulta de enfermagem de reabilitação para a Pessoa com patologia ortopédica metade não integrava a mesma. Como tal, verificamos ainda, que há um subaproveitamento de recursos diferenciados nas instituições de saúde portuguesas. Dos inquiridos metade considerou que não é fornecida informação prévia acerca dos cuidados necessários à recuperação da Pessoa com patologia ortopédica. Estes dados justificam-se quer pela falta de implementação de um programa de capacitação pré-operatória, quer pela falta de inclusão da pessoa nos mesmos (Amaro, 2019; Florentino, 2012).

Relativamente à importância da consulta todos os inquiridos consideraram a mesma importante e todos os inquiridos consideraram que a consulta de enfermagem pré-operatória diminui os dias de internamento. Estes resultados vão de encontro aos estudos de Yoon et al., (2010), no qual as pessoas submetidas a ATA que receberam ensinamentos no pré-operatório beneficiaram da redução de cerca de um dia de internamento. Também, Amaro (2019) no seu estudo refere que o grupo intervencionado teve uma média de 4,4 dias de internamento, comparativamente ao grupo não intervencionado, que exibiu uma média de 4,7 dias de internamento.

Verificamos que, nos inquiridos que detêm consulta de enfermagem pré-operatória a pessoa compreende melhor as implicações da ATA no período e nas possíveis limitações que possam advir, no pós-operatório. Estes dados vão de encontro ao estudo de Amaro (2019), no qual as pessoas referem que com a consulta pré-operatória ficaram mais esclarecidos e mais tranquilos acerca da cirurgia, aumentando a segurança no período pós-operatório. Estes dados reafirmam a postura de Walker (2007), que refere que o internamento não é a altura mais propícia à transmissão de informação.

Relativamente ao contexto após a alta hospitalar, 75% dos inquiridos referem que a pessoa consegue ter uma marcha autónoma com apoio de auxiliar de marcha. No que respeita ao conhecimento acerca de subir/descer degraus, o número de inquiridos que considera a pessoa com conhecimentos, desce para metade. Estes dados vão de encontro aos da literatura. Amaro (2019) refere que relativamente à deambulação com auxílio de canadianas e no item subir escadas o programa pré-operatório tem um impacto significativo na capacitação da pessoa, essencialmente no subir/descer escadas. Este é ainda essencial, nas competências sentar e levantar. Estes resultados atestam os demais autores, nomeadamente Cruz e

Conceição (2009) que referem que um programa de educação pré-operatório é fundamental para uma recuperação bem-sucedida, e necessita de compreender ensino e treino acerca de posicionamentos no leito, exercícios isométricos dos quadricípites, glúteos e movimentos ativos, verticalização em descarga, transferência da cama para a cadeira e vice-versa, treino de marcha com canadianas ou outro auxiliar de marcha. Também Violante (2014) considera que realizar treino com auxiliar de marcha, treino de transferências e exercícios antes da cirurgia, possibilita aumentar a confiança da pessoa em realizá-los no pós-operatório. Por fim, Vukomanović, Zoran, Aleksandar, e Krstić, (2008), no seu estudo que pretendia avaliar o impacto dos ensinamentos de reabilitação no pré-operatório na recuperação funcional no pós-operatório da ATA, concluíram que os grupos intervencionados ao terceiro dia após cirurgia apresentavam-se mais independentes do que os do grupo de controlo.

Importa salientar que, a primeira fase de reabilitação à pessoa submetida a ATA no pré-operatório, tem como objetivo a promoção da funcionalidade, o fortalecimento muscular, o ensino de transferências e do uso de auxiliares de marcha, bem como os cuidados a ter com a PTA. Outros autores corroboram esta posição, quando nos seus estudos, os participantes reconhecem a importância da consulta pré-operatória na gestão da dor, na mobilização precoce, no ensino acerca dos autocuidados levantar, marchar, nomeadamente com auxiliares de marcha, bem como no ensino e execução de exercícios de fortalecimento muscular. Desta forma, uma capacitação eficiente no pré-operatório é fundamental para uma recuperação bem-sucedida (Fernandes, & Martins, 2011).

Quanto à afirmação “o doente sabe quais os cuidados para prevenir luxação de PTA”, 75% dos inquiridos respondeu que sim. Estes dados deverão fazer-nos refletir, uma vez que tanto os profissionais como os doentes consideram que a consulta pré-operatória é essencial para a capacitação dos cuidados a ter com a PTA. Tal como os enfermeiros no nosso estudo, também os participantes do estudo de Amaro (2019) referem a importância dos ensinamentos *a priori*, como facilitadores e imprescindíveis para o processo de recuperação.

Os enfermeiros de reabilitação estão habilitados para analisar e intervir ao nível das carências em saúde, delineando estratégias de intervenção junto da pessoa. Como tal, o EEER deverá ter como propósito a capacitação da pessoa, promovendo a sua autonomia e fim, de irem de suprimir as suas necessidades.

Como tal, a consulta pré-operatória de uma pessoa que vai ser submetida a ATA, deve compreender o esclarecimento acerca do que é a ATA, o período previsível de recuperação e de reabilitação, instruções de progresso, ensinamentos para a alta, recuperação no domicílio e os exercícios de reabilitação (Sousa, & Carvalho, 2017).

Relativamente à pergunta “o doente tem conhecimento de como executar exercícios de mobilização músculo articular” 75% dos inquiridos afirma que sim. Na pessoa submetida a ATA, o conhecimento é um pilar muito importante, que deverá ser trabalhado e desenvolvido no pré-operatório e consolidado no pós-operatório. O conhecimento é ainda essencial, nomeadamente a transmissão do mesmo aquando da consulta pré-operatório, na medida em que possibilita uma maior tranquilidade com o procedimento cirúrgico (Amaro, 2019).

O EEER assume numa posição privilegiada na capacitação da pessoa no pré-operatório, para que a mesma obtenha o maior nível de independência possível. Esta posição é defendida por outros autores que referem que, as orientações da preparação pré-operatória fundamentais, incluem a elucidação acerca do procedimento cirúrgico e dos objetivos da reabilitação pós-operatória (Gomes, 2014; Sousa, & Carvalho, 2017).

Por fim, de uma forma geral, este conhecimento que os inquiridos referem que as pessoas detêm aquando da alta, vai de encontro aos estudos realizados, que referem que no momento da alta, todos os participantes intervencionados possuem conhecimentos acerca da realização de todos os exercícios (Amaro, 2019; Violante, 2014).

Porém, identificamos no nosso estudo que existem algumas lacunas na preparação da família da pessoa, relativamente à ATA. Por este motivo, verificamos que apenas metade dos inquiridos responde que sim, nas seguintes questões: “a família tem conhecimentos sobre as necessidades do doente” e “a família consegue identificar hábitos prejudiciais ou comprometedores para a recuperação do seu familiar”. Todo o processo que está na base da realização da consulta pré-operatória na pessoa submetida a ATA tem impacto não só na pessoa, mas também na família e nos serviços de saúde (Cruz, et al., 2007). Por conseguinte, o EEER assume uma abordagem holística, e um papel fulcral na capacitação em saúde, sendo responsável pela gestão dos cuidados, com uma posição privilegiada no processo de cuidar, pelas oportunidades de contacto com a pessoa e com a família. Recomendamos assim, uma maior incidência acerca da importância e do papel coadjuvante da família no processo de reabilitação da pessoa submetida a ATA, pelo que a sua inclusão na consulta de enfermagem pré-operatória se afigura como essencial. Acreditamos ainda ser extremamente importante, compreender nesta consulta, alertar a pessoa e a família, para a adaptação do domicílio para o período pós-operatório. Esta parece ser outra temática ainda pouco desenvolvida na literatura existente.

No que concerne à questão aberta, os temas mais desenvolvidos foram: Os contributos da consulta de enfermagem para a independência/autonomia da pessoa submetida a ATA; O principal desafio para o enfermeiro de reabilitação na pessoa submetida a ATA e

Dificuldades de atuação perante a pessoa submetida a ATA para a família/cuidador com apoio pela ECCI.

Quanto ao tema, Os contributos da consulta de enfermagem para a autonomia da pessoa submetida a ATA, os inquiridos salientam a importância da consulta de enfermagem, tanto no pré como no pós-operatório. Os inquiridos salientam o papel preponderante da pessoa, “O maior impacto é o total envolvimento por parte do doente no processo de reabilitação pós-operatório.” (E2). Reafirmando-se, assim, o papel ativo e preponderante que a pessoa tem no seu processo de recuperação funcional (Nakagawa, et al., 2017). Os inquiridos ressaltam igualmente, a importância dos procedimentos desenvolvidos no pré-operatório, essenciais para uma melhor adaptação ao pós-operatório, como vemos em “no pós-operatório, é continuar o programa de reeducação funcional à família e mais especificamente ao cuidador, que deve estar envolvido desde a consulta de pré-operatória, os instrumentos/indicadores referidos, utilizados na consulta pós-operatória serão os mesmos para medição dos ganhos em saúde na consulta pré-operatória.” (E1) e em “o maior desafio é que o doente consiga fazer o pós-operatório sem incidentes permitindo assim atingir uma autonomia o mais precoce possível.” (E2). O estado da arte reafirma esta posição, nomeadamente no estudo desenvolvido por Walker (2007), que reflete acerca do papel crucial do EEER na sua função educativa no pré-operatória, na capacitação da pessoa, através do instruir, ensinar e treinar, que contribuem para uma recuperação mais célere e para uma melhor adaptação no pós-operatório. Mais recentemente, também Amaro (2019), conclui que existe um ganho efetivo na aquisição de competências no grupo intervencionado, tendo a capacitação pré-operatória assumido um papel fulcral na obtenção destes resultados. Relativamente ao tema, O principal desafio para o enfermeiro de reabilitação na pessoa submetida a ATA, salientamos a carência ao nível da implementação de consultas pré-operatórias no foro ortopédico, presente em “na nossa instituição como não existe consulta pré-operatória aos doentes que serão submetidos a ATA, (...) vem para o internamento não tem a mínima noção de como vão ficar após a cirurgia, não estão preparados para tal.” (E4). Verifica-se ainda, conforme já abordado, a necessidade de incluir as adaptações domiciliárias, nesta abordagem à pessoa submetida a cirurgia da ATA, visível em “também nos deparamos com dificuldades que irão sentir no domicílio e tentamos sugerir estratégias para facilitar as atividades de vida diária.” (E4).

Por fim, quanto ao tema, Dificuldades de atuação perante a pessoa submetida a ATA para a família/cuidador com apoio pela ECCI, sobressaem duas categorias: défices ao nível do conhecimento e as barreiras arquitetónicas.

Os estudos pouco abordam a reabilitação já em contexto domiciliário, nomeadamente o contributo da consulta pré-operatória na preparação e adequação do domicílio, para as possíveis limitações, que possam advir em um pós-operatório mediato. Verificamos ainda, algum défice de conhecimento na pessoa, decorrentes muitas vezes, da falta da implementação deste tipo de consulta (Amaro, 2019; Violante, 2014).

Como tal, através da análise destas questões abertas, podemos inferir a utilidade e eficácia da consulta pré-operatória, na recuperação funcional da pessoa submetida a ATA.

Análise SWOT e discussão

A análise SWOT figura como um instrumento de trabalho muito útil, na metodologia de projeto. Esta é uma técnica frequentemente utilizada na investigação nas ciências sociais, sendo, todavia, uma ferramenta imprescindível na elaboração de diagnósticos e no próprio contexto organizacional. Apresenta-se sob a forma de quadro, subdividido em quatro quadrantes: fraquezas, ameaças, forças e oportunidades (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

A análise SWOT que apresentamos de seguida, permite-nos identificar as potencialidades e os constrangimentos na implementação da consulta de enfermagem de reabilitação e consequentemente dar resposta às necessidades da Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico, bem como contribuir para desenvolvimentos ao nível da investigação em Enfermagem.

Tabela 5 - Análise SWOT - consulta pré-operatória de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico.

Pontos fortes	Pontos fracos
<ul style="list-style-type: none">• Capacidade técnica;• Localização central;• Abertura à inovação;• Motivação da enfermeira autora do projeto;• Eficiência crescente dos recursos (aumento sustentado na produção de cuidados, num quadro de carência de recursos);• Elevada especialização dos recursos humanos (diversos enfermeiros EEER);• Qualidade técnico-profissional;	<ul style="list-style-type: none">• Carência de modernização das instalações hospitalares;• Falta de um processo de contratualização robusto;• Grau baixo da utilização de tecnologia;• Instabilidade do quadro de pessoal (reformas, contratos precários);• Nível de governação clínica ainda incipiente;• Limitações legais no modelo de aquisições (serviços e bens);• Área geográfica muito alargada;

Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> • Crise económico-financeira provocada pela covid-19 aguça a necessidade de mais ganhos de eficiência operacional; • Maximizar as fontes de financiamento existentes; • Potencialidades de melhoria funcional das redes de informação em saúde; • Reforçar o trabalho em equipa multidisciplinar; • Novas tecnologias que possibilitam a redução de custos; • Tendências globais de procura crescentes, com aumento das cirurgias de ATA; • Níveis de satisfação elevados dos utilizadores dos serviços do hospital • Aumentar a qualidade dos cuidados prestados em enfermagem de reabilitação; • Promover a autonomia da Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo nível de capacitação, literacia e responsabilidade do cidadão na utilização dos serviços de saúde; • Contexto pandémico poderá condicionar a atenção às demais problemáticas; • Indeferimento do projeto pelo conselho de administração.

Fontes: (Estevão, 2020; Preto, Gomes, Novo, Mendes, & Granero-Molina, 2016; Sousa & Carvalho, 2017).

A análise SWOT é um importante instrumento, com imensa utilidade para na aferição da viabilidade de um projeto, pois possibilita a análise da problemática, através do desenvolvimento de alternativas para colmatar os pontos fracos (fraquezas) e ameaças identificados. Os pontos fortes (forças) reportam às dinâmicas internas permitindo instituir estratégias e definir prioridades, possibilitando a maximização da melhoria dos cuidados prestados. Nesta vertente estão ainda incluídos, os pontos fracos (fraquezas). Estes constituem-se como pontos negativos que podem interferir com a implementação do projeto.

A vertente externa é representada pelas oportunidades. Embora não exista um total controlo quanto a fatores externos como os aspetos económicos, sociais, técnicos, demográficos, culturais e legais, a consciencialização dos mesmos é essencial para que se possam potenciar, no decurso do projeto. Salienta-se, todavia, que as ameaças expostas poderão diminuir o potencial da implementação do projeto. Tendo em consideração a análise SWOT supracitada, podemos constatar que as forças e as oportunidades representam 63% do total da análise, constituindo-se com um indicador encorajador e de potencial sucesso aquando da implementação do projeto.

Capítulo V – Objetivos

Tendo por base o diagnóstico de situação, consideramos que a implementação da consulta de enfermagem de reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico, se constitui uma mais-valia. Face às necessidades identificadas emergem os seguintes objetivos:

- Proporcionar à pessoa e ao cuidador uma transição saudável, face a uma intervenção cirúrgica;
- Promover intervenções de enfermagem de reabilitação adequadas no atendimento à Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico;
- Assegurar intervenções de enfermagem de reabilitação adequadas no atendimento à Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico;
- Criar ou otimizar os domicílios, tornando-os mais funcionais, para a Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico.

Definidos os objetivos é fundamental proceder ao planeamento da consulta.

Capítulo VI - Planeamento

Desta forma, para darmos resposta às necessidades da Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico, importa estruturar uma consulta pré-operatória de enfermagem de reabilitação, que apresentamos de seguida:

População alvo: Pessoa que será submetida a ATA.

Recursos humanos: Enfermeiro de reabilitação a exercer funções no serviço de ortopedia.

Recursos físicos: Gabinete/sala para realizar a sessão.

Materiais:

- Programa *Sclínico*®;
- Guia de consulta;
- Computador;
- Projetor;
- Auxiliares de marcha: canadianas, andarilho, barras paralelas, cadeira de rodas, cadeirão; degraus, cama ou maca;
- Folhetos informativos: guia para o internamento e guia para a alta da ATA.

Duração: a consulta será realizada no dia do internamento após a admissão no serviço, em sessão única, preferencialmente em grupo com duração máxima de 55 minutos.

Nota: No dia da alta, realizar-se-á novamente o preenchimento do questionário de avaliação de conhecimentos, bem como aplicar-se-á o plano de entrevista pós-operatória.

Para a concretização da consulta foram planeadas diferentes atividades, que apresentamos na tabela abaixo.

Tabela 6 – Atividades consulta pré-operatória de enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a ATA.

Atividades	Aspetos a considerar
Apresentar a dinâmica da consulta (5min.)	<ul style="list-style-type: none">• Apresentar do enfermeiro de reabilitação;• Explicar os objetivos da consulta;• Fornecer os panfletos do serviço – guia do internamento e da alta;• Falar da RNCCI.
Tabela Nacional de funcionalidade no adulto (15 min.)	<ul style="list-style-type: none">• Identificar a rede familiar do cliente e sua relação com os restantes membros familiares, através da avaliação do estado social e emocional;• Avaliar a capacidade funcional e do estado cognitivo;

Atividades	Aspetos a considerar
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os hábitos prejudiciais ou comprometedores para uma recuperação; • Esboçar o perfil biopsicossocial.
Avaliação, diagnóstico e intervenções de enfermagem à pessoa que será submetida a ATA (20 min.)	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar nos indivíduos que serão submetidos a ATA; • Priorizar os problemas identificados; • Elaborar um plano de cuidados e registar as intervenções realizadas.
Aplicar o programa de ensino e avaliação do ensino ministrado (30 min.)	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar de forma simplista e com recurso a meios audiovisuais sobre a patologia e seu tratamento; • Informar sobre limitações decorrentes no pós-operatório, bem como a necessidade de realizar adaptações no domicílio; • Explicar e demonstrar cuidados após a intervenção cirúrgica; • Fornecer informação em suporte escrito; • Demonstrar as escalas de avaliação da dor e ensinar posições e técnicas que ajudem na diminuição da dor; • Identificar a terapêutica habitual e intervenções realizadas por outros profissionais; • Realizar reforço no ensino se necessário.
Informar sobre procedimentos e rotinas do serviço de Internamento de Ortopedia (10 min.)	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre o que deverá ter consigo no internamento; • Informar sobre horários das visitas; • Informar sobre o nº de dias de internamento; • Informar sobre as rotinas do serviço*; • Sensibilizar o cliente para a necessidade de um cuidador após a alta hospitalar; • Realizar uma visita guiada ao serviço de Internamento *

Atividades	Aspetos a considerar
	(* em simultâneo e sempre que o serviço de internamento o permitir, bem como a condição física do indivíduo).

Qualquer intervenção implementada deve ser objeto de avaliação, para se conhecer os ganhos produzidos, pelo que iremos seguidamente fazer uma proposta neste sentido.

Capítulo VII - Proposta para Avaliação do Projeto

O regulamento nº 125/2011 define as competências do Enfermeiro Especialista, das quais destacamos a necessidade de se avaliar os resultados das intervenções implementadas, com monitorizações rigorosas e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, no sentido de avaliar ganhos em saúde. O planeamento de um projeto implica a etapa da avaliação que visa demonstrar e investigar a utilidade e os efeitos de uma intervenção sobre uma determinada problemática. Contudo, para uma avaliação efetiva e rigorosa é essencial o recurso a instrumentos de avaliação, por forma a questionar o trabalho desenvolvido e fornecer os elementos necessários para intervir, contribuindo para a melhoria da coerência, da eficiência e da eficácia de um projeto (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Uma avaliação do impacto pressupõe a existência de dados anteriores, projetando-se a relação passado/presente, para o presente/futuro. No caso concreto deste projeto, a avaliação incidirá sob os objetivos específicos e, recorreremos a escalas de avaliação que se aplicarão ao grupo-alvo no início e fim da implementação da consulta pré-operatória.

A Direção Geral da Saúde recomenda o uso da Tabela Nacional de funcionalidade no adulto (anexo II). De acordo com a mesma fonte, a Tabela Nacional da Funcionalidade (TNF) é aplicada a toda a pessoa com mais de 18 anos, com doença crónica, incapacidade permanente ou temporária, sempre que exista indicação, nomeadamente em casos de Plano de reabilitação. Salientamos que a aplicação da TNF deverá ser realizada na presença da pessoa, por entrevista composta por perguntas padrão (anexo III) ou observação direta de atos, atividades e atitudes da pessoa. A TNF permite classificar 38 “Atividades e Participação”, agrupadas em cinco dimensões: a. Mobilidade e autocuidado (13 itens); b. Competências gerais (8 itens); c. Competências específicas (8 itens); d. Sociabilidade (6 itens); e. Manipulação e manuseio (3 itens). A TNF recorre a uma escala com 5 pontos, por referência à Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da saúde, a saber: a. (0): Sem dificuldade: 0-4%; b. (1): A maioria das vezes: 5-24%; c. (2): Com alguma dificuldade: 25-49%; d. (3): Com muita dificuldade: 50-95%; e. (4): Incapaz: 96-100% (Norma nº 001/2019 de 25/01/2019, p.4).

Recorremos ainda à escala de Katz (anexo IV), utilizado para avaliação das AVD's relacionadas com os cuidados pessoais e à escala modificada de Ashworth (anexo V), para classificação da espasticidade.

Existindo a necessidade de elaborar e validar indicadores capazes de avaliarem a qualidade do cuidado de Enfermagem de Reabilitação, prevê-se uma avaliação contínua do projeto de acordo com os indicadores propostos. De acordo com o grupo-alvo e os objetivos definidos propõem-se os seguintes indicadores de processo:

- **Percentagem de pessoas a quem foi aplicado o Programa de Reabilitação**
 $\text{N}^\circ \text{ de pessoas com consulta pré-operatória} / \text{n}^\circ \text{ de pessoas com coxartrose identificados} * 100$
- **Percentagem de pessoas com conhecimento sobre os cuidados a ter com a PTA para caminhar com auxiliar de marcha**
 $\text{N}^\circ \text{ de pessoas com conhecimentos sobre cuidados a ter com a PTA para caminhar com auxiliar de marcha} / \text{n}^\circ \text{ de pessoas com coxartrose identificados} * 100$
- **Percentagem de pessoas com conhecimento sobre os cuidados a ter com a PTA enquanto estiver deitado**
 $\text{N}^\circ \text{ de pessoas com conhecimentos sobre cuidados a ter com a PTA enquanto estiver deitado} / \text{n}^\circ \text{ de pessoas com coxartrose identificados} * 100$
- **Percentagem de pessoas com conhecimento sobre os cuidados a ter com a PTA a subir as escadas**
 $\text{N}^\circ \text{ de pessoas com conhecimentos sobre cuidados a ter com a PTA a subir as escadas} / \text{n}^\circ \text{ de pessoas com coxartrose identificados} * 100$
- **Percentagem de pessoas com conhecimento sobre os cuidados a ter com a PTA nas atividades de vida diária**
 $\text{N}^\circ \text{ de pessoas com conhecimentos sobre cuidados a ter com a PTA nas atividades de vida diária} / \text{n}^\circ \text{ de pessoas com coxartrose identificados} * 100$
- **Percentagem de pessoas com luxações da PTA**
 $\text{N}^\circ \text{ de pessoas com luxações} / \text{n}^\circ \text{ de pessoas com coxartrose identificados} * 100$

De acordo com o grupo-alvo e os objetivos definidos propõem-se os seguintes indicadores de resultado:

- **Percentagem de pessoas com ganhos em capacidade para executar técnica de exercício muscular e articular**
 $\text{N}^\circ \text{ de pessoas com ganhos em capacidade para executar técnica de exercício muscular} / \text{n}^\circ \text{ de pessoas com coxartrose identificados} * 100$
- **Percentagem de pessoas com ganhos em conhecimentos sobre técnica de caminhar com auxiliar de marcha**
- $\text{N}^\circ \text{ de pessoas com ganhos em conhecimentos sobre técnica de caminhar com auxiliar de marcha} / \text{n}^\circ \text{ de pessoas com coxartrose identificados} * 100$

- **Percentagem de pessoas com luxações da PTA**

$\text{N}^\circ \text{ de pessoas com luxações da PTA} / \text{n}^\circ \text{ de pessoas com coxartrose identificados} * 100$

- **Percentagem de pessoas com avaliação da funcionalidade (avaliação Tabela Nacional da Funcionalidade)**

$\text{N}^\circ \text{ de pessoas com avaliação da funcionalidade} / \text{n}^\circ \text{ de pessoas com coxartrose identificados} * 100$

- **Percentagem de pessoas com redução da capacidade de execução das AVD's (avaliação escala Katz)**

$\text{N}^\circ \text{ de pessoas com avaliação da capacidade de execução das AVD's} / \text{n}^\circ \text{ de pessoas com coxartrose identificados} * 100$

- **Percentagem de pessoas com redução da atividade por aumento da espasticidade (avaliação escala modificada de Ashworth)**

$\text{N}^\circ \text{ de pessoas com redução de atividades por aumento da espasticidade} / \text{n}^\circ \text{ de pessoas com coxartrose identificados} * 100$

Consideramos que um projeto em saúde deve ser adequado para a população alvo, representando ganhos em saúde efetivos para a pessoa, com melhoria ao nível da sua qualidade de vida. Assim, é importante proceder à respetiva avaliação do projeto, através de indicadores que permitam validar, efetivamente, estes ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados do Enfermeiro Especialista em Reabilitação.

Capítulo VIII – Conclusão

O envelhecimento populacional apresenta-se como uma problemática atual, crescente e inegável, que tem vindo a transformar a forma como encaramos o mundo e como pensamos os cuidados em saúde. Esta problemática, contribui para o aumento da patologia osteoarticular, nomeadamente com o aumento da longevidade, dá-se um aumento do desgaste da cartilagem da cabeça do fémur e do acetábulo, ficando o osso exposto e em contacto direto, causando distorção das superfícies articulares. Esta articulação, quando comprometida pela OA, evolui para a incapacidade total com indicação cirúrgica.

O contributo que a Enfermagem de Reabilitação pode dar a esta problemática da perda de funcionalidade, figura como uma questão essencial no processo de cuidar holístico, que tem vindo a ser confirmado, quer pela literatura, quer pelas nossas práticas diárias. Assim, a OE em 2015, elenca a efetividade das intervenções de Enfermagem de Reabilitação como área prioritária a ser investigada, em Portugal.

A capacitação da pessoa submetida a ATA, desde o período pré-operatório, figura como um aspeto essencial no plano de recuperação funcional da pessoa. O EEER deverá adequar estratégias de intervenção em consonância com o nível das necessidades e/ou dificuldades sentidas pela pessoa submetida a ATA, de forma a otimizar o seu processo de reabilitação.

A consulta de enfermagem de reabilitação pré-operatória é um momento crucial na preparação da pessoa que irá ser submetida a ATA, uma vez que o ensino facultado à pessoa, relaciona-se com o sucesso da cirurgia e da recuperação funcional da pessoa, com implicações positivas na sua qualidade de vida e da sua família. O EEER, assume a responsabilidade de capacitar a pessoa com habilidades e competências que as tornem aptas a enfrentar esta nova etapa, na recuperação da autonomia e funcionalidade o mais precocemente possível.

Tendo por base o supracitado, do estudo desenvolvido emergem as seguintes conclusões:

- Embora existam EEER nas instituições, muitas instituições ainda não implementaram a consulta de enfermagem pré-operatória à pessoa submetida a cirurgia do foro ortopédico;
- A existência de uma consulta de enfermagem pré-operatória à pessoa submetida a ATA é considerada essencial para obtenção de melhores resultados no pós-operatório, contribuindo para a diminuição do número de dias de internamento;
- Na consulta de enfermagem pré-operatória o EEER fornece informações acerca da marcha com auxiliar de marcha, subida/descida de degraus, prevenção da luxação da PTA e realização de exercícios de mobilização músculo articular;

- Sobressaem como principais contributos, os contributos na área da independência/autonomia da pessoa;
- Os inquiridos salientam a necessidade de incluir as famílias e a adaptação dos próprios domicílios, na consulta pré-operatória, para uma melhor adequação aquando da alta.

Pelo exposto, consideramos emergente a necessidade de realização de consulta de enfermagem de reabilitação no pré-operatório, na capacitação da pessoa submetida a ATA, pelo EEER. Este é um fator que contribui para uma maior independência e autonomia e, consequentemente, uma melhoria na qualidade de vida, possibilitando ganhos em saúde.

Com base nos resultados obtidos, acreditamos que mais investigação deverá ser realizada na área, incluindo a família e a adaptação funcional dos domicílios, que pouco tem sido estudada e abordada na literatura, com uma abordagem a longo prazo.

Esta investigação demonstrou algumas conclusões interessantes, trazendo novos dados e evidencia científica que auxilia no construto da enfermagem, afirmando-se assim, cada vez mais como uma disciplina mais especializada.

No entanto, temos consciência que o presente estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente pelo contexto pandémico em que foi desenvolvido.

Primeiramente, pelo número de inquiridos que apresenta, bem como pela metodologia que teve de ser adotada, aquando da reformulação do mesmo. Salientamos ainda, o contexto próprio do estudo, realizado em uma população específica, pelo que não poderá ser generalizado ao resto da população.

A colheita de dados foi morosa, devido às condicionantes que imperaram durante todo o processo de crise pandémica.

Todavia, apesar das limitações do estudo, compreendemos pelos resultados alcançados a importância da implementação da consulta pré-operatória, à pessoa do foro ortopédico submetida a ATA, essencial para uma melhor compreensão acerca da necessidade de capacitação pré-operatória e, consequentemente, uma melhor adaptação no pós-operatório.

Acreditamos, na viabilidade deste projeto e na sua efetivação, que certamente terá implicações futuras, quer a nível da qualidade de vida da pessoa com ATA e sua família, quer da disciplina de enfermagem e em particular na enfermagem de reabilitação, pelo que face aos resultados deste projeto e no futuro, dos resultados da própria consulta, importa proceder à sua divulgação pela comunidade científica, através de diferentes formas (congressos, artigos, reuniões científicas, entre outros).

Consideramos, ainda, que o objetivo delineado para este Trabalho de Projeto foi atingido, contudo existe ainda um caminho a percorrer que consiste na operacionalização do mesmo.

Capítulo IX – Bibliografia

- Alves, A. (2008). Contributos para elaboração de um guia de orientação da alta hospitalar dirigido a doentes submetidos a artroplastia total da anca. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade Católica, Instituto de Ciências da Saúde.
- Amaro, S. C. F. (2019). *O impacto da capacitação pré-operatória na pessoa submetida a artroplastia total da anca* (Master's thesis).
- Austin, M. S., Urbani, B. T., Fleischman, A. N., Fernando, N. D., Purtil, J. J., Hozack, W. J., ... & Rothman, R. H. (2017). Formal physical therapy after total hip arthroplasty is not required: a randomized controlled trial. *JBJS*, 99(8), 648-655.
- Bandholm, T., & Kehlet, H. (2012). Physiotherapy exercise after fast-track total hip and knee arthroplasty: time for reconsideration?. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(7), 1292-1294.
- Berend, K., Lombardi, A., Mallory, T. (2004). Protocolo de *Rapide Recovered* no pré-operatório de ATA. *Orthopaedic Surgery*. Ohio.
- Brunner, L. & Suddart, D. (2011). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 12ª Edição, Volume 2. ISBN: 978-85-277-1839-4
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Calado, S. C. F. (2017). *Capacidade funcional dos doentes submetidos a artroplastia total do joelho: contributos de um programa de enfermagem de reabilitação* (Doctoral dissertation).
- Campos, M.A., & Neto, B. C. (2004). *Treinamento funcional resistido: para melhoria da capacidade funcional e reabilitação de lesões musculoesqueléticas*. Revinter. 1ª Ed., 320 págs. isbn: 9788573098419
- Cordeiro, M. D. C. O., & Menoita, E. C. P. C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Lusociência.
- Cruz, A., Henriques, F., Afonso, J., Ferreira, M., Costa, M., & Coimbra, M. (2007). *Técnicas de Reabilitação II*. (2ª edição) Coimbra: Formasau.
- Cruz, A., Oliveira, L., & Conceição, V. (2009). *Enfermagem em ortotraumatologia*. Coimbra: Formasau.
- Cunha, E. (2008). *Enfermagem em Ortopedia*. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-5039.

- da Silva, J. M. A. V. (2011). Necessidades de informação do doente submetido a artroplastia total da anca: contributo do enfermeiro.
- Decreto-Lei nº 101/2006 (2006, junho 6). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, 1(109), pp. 3856 - 3865. Acedido em 15 de janeiro de 2021. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>
- Direção Geral de Saúde. (2004). Artroplastia Total da Anca. Norma nº 014/2013 de 23/09/2013.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-desade/publicacoes/a-saude-dosportugueses-perspetiva-2015.aspx>
- Dyreborg, K. K. V. (2020). *Uncemented Total Hip Arthroplasty* (Doctoral dissertation, Faculty of Health and Medical Sciences. Uncemented Total Hip Arthroplasty Femoral bone and implant interaction evaluated by Radiostereometric Analysis and Dual-Energy X-ray Absorptiometry This thesis has been submitted to the Graduate School of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen).
- Estevão, A. (2020). COVID-19. *Acta Radiológica Portuguesa*, 32(1), 5-6.
- Fenato, R. (2020). O que é artrose de quadril? Entenda as causas, sintomas e tratamentos. Acedido em 15 de janeiro de 2021. Disponível em <https://vogliaortopedia.com.br/blog/artrose-de-quadril/>
- Fernandes, S. C. M., & Martins, R. M. L. (2011). *O ensino pré-operatório na pessoa submetida a artroplastia total da anca*. (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu).
- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., & Moreira, M. A. S. P. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. Texto contexto enferm, julho-setembro/2012, 21(3), pp. 513-518. Paraíba. Doi: 10.1590/S0104-07072012000300004.
- Filipe, A., Afonso, C., & Lima, G. O doente submetido a artroplastia total da anca – cuidados de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 71.
- Florentino, T. M. P. M. (2012). *Enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a cirurgia ortopédica*.
- Fortin, M., Côte, J., & Filion, F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidata.

- Gomes, J. M. P. A. (2014). *A pessoa com artroplastia total da anca: atividades de vida diária e qualidade de vida* (Master's thesis).
- Gonçalves, L. (2014). *Determinantes da capacidade funcional em indivíduos com coxartrose submetidos a artroplastia total da anca* (Master's thesis).
- Gouveia, N., Rodrigues, A. M., Ramiro, S., Machado, P., Da Costa, L. P., Mourão, A. F., ... & Branco, J. (2015). EpiReumaPt: how to perform a national population based study-a practical guide. *Acta reumatologica portuguesa*, 40(2), 128-136.
- Hebert, S. K., de Barros Filho, T. E., Xavier, R., & Pardini Jr, A. G. (2016). *Ortopedia e Traumatologia: Principios e Prática*. Artmed Editora.
- Henriques, S. (2009). O que você deve saber sobre a artroplastia total do quadril. Instituto Affonso Ferreira. Acedido em 22 de novembro de 2020. Disponível em <https://docplayer.com.br/311648-O-que-voce-deve-saber-sobre-a-artroplastia-total-do-quadril.html>
- INE, Pordata. (2020). Indicadores de envelhecimento. Acedido em 15 de dezembro de 2020. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
- INE, Pordata. (2020). Índice de envelhecimento. Acedido em 15 de dezembro de 2020. Disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>.
- INE. (2020). Estatísticas da Saúde – 2018. Acedido em 25 de abril de 2021. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2.
- INE. (2020). Projeções de População Residente em Portugal. Acedido em 22 de dezembro de 2020. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Israel, B., Janz, N., Jensen, M., Zimmerman, M., Clark, N., Gong, M., & Kaciroti, N. (2014). A Model of Self-Regulation for Control of Chronic Disease. *Health Education & Behavior*, 41(5), 499-508.
- Jacob, Luís. (2013). “Envelhecimento da população” in Jacob, Luís; Santos, Eduardo; Pocinho, Ricardo; Fernandes, Hélder (eds.) *Envelhecimento e Economia Social: Perspetivas Atuais*. Viseu: Psicossoma, 43-49.

- Januário, J. C. (2013). Resultados das intervenções do enfermeiro de reabilitação na pessoa internada no serviço de medicina interna dos hospitais da Universidade de Coimbra. Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Jolles, B. M., & Bogoch, E. R. (2006). Posterior versus lateral surgical approach for total hip arthroplasty in adults with osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
- Kisner, C., & Colby, L. A. (2009). Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. In *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas* (pp. 1000-1000).
- Lemos, K. F. T., Nascimento, L. R., & Cá, R. D. (2009). Impacto da reabilitação na marcha de indivíduos idosos com artroplastia total de quadril: revisão sistemática. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 3(3), 131-137.
- Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas. (2014). Osteoartrose. Acedido em 10 de janeiro de 2021. Disponível em <https://www.lpcdr.org.pt/info-doente/patologias/osteoartrose>
- Lobo, A., Santos, L., & Gomes, S. (2014). Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (6), 913 –918.
- Lopes, A. (2020). Avaliação da incidência da dor crônica pós-operatória em pacientes submetidos a cirurgias para o tratamento de doenças musculoesqueléticas.
- Lustosa, L. P., Oliveira, L. A., Santos, L. S., Guedes, R. C., Parentoni, A. N., & Pereira, L. S. M. (2010). Efeito de um programa de treinamento funcional no equilíbrio postural de idosas da comunidade. *Fisioterapia e pesquisa*, 17(2), 153-156.
- Marques-Vieira, C. M. A., & Sousa, L. M. M. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lusodidacta, 1ª Edição. Loures. ISBN:978-989-8075-73-4
- Martins, A. C. D. F. F. (2019). *Qualidade de vida relacionada com coxartrose em idosos, após artroplastia total da anca* (Doctoral dissertation).
- Martins, M. M., & Fernandes, C. S. (2009). Percurso das necessidades em cuidados de enfermagem nos clientes submetidos a artroplastia da anca. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(11), 79-91.

- Martins, R., Andrade, A., Martins, C., & Campos, S. (2017). Physical activity in the elderly: importance in balance and risk of falls. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, (icSEP 2017), pp. 67-73.
- Marvanejo, D. J. D. (2017). Funcionalidade dos utentes internados no domicílio em equipas de cuidados continuados integrados, ECCI: intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu.
- Mazières, B., & Tressor-Verrouill, E. (2003). *Características generales de la artrosis*. In Enciclopédia Médico-Cirúrgica. (1-14). Paris: Elsevier.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto.
- Mesa do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação. (2011). Parecer sobre atividades de vida. Parecer 12/2011.
- Nakagawa, H., Ferraresi, J., Prata, M., Scheicher, M. (2017). Postural balance and functional independence of elderly people according to gender and age: cross-sectional study. *Sao Paulo Med. J. June*, 135(3): 260-265
- Nascimento, M., Rodrigues, J., Freixa, M., Úria, S., Simões, A. (2017). O envelhecimento da população – caracterização dos doentes muito idosos internados num serviço de medicina. 11º Congresso Nacional do Idoso | 2º Simpósio Luso-Espanhol. Disponível em: <https://www.admedic.pt/uploads/Programa-11-CNI-Geriatria-2017-2-Simpósio-Luso-Espanhol.pdf>
- Netter, Frank H. (2000). *Atlas de Anatomia Humana*. 2ed. Porto Alegre: Artmed.
- Norma nº 001/2019 de 25/01/2019. Direção Geral da Saúde: Implementação da Tabela Nacional de Funcionalidade no Adulto e Idoso. Acedido em 02 de abril de 2021. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012019-de-25012019-pdf.aspx>.
- Nunes, T. (2020). *Perceção do Cliente Quanto ao Planeamento do Regresso a Casa pelo Enfermeiro de Reabilitação e Nível de Dependência* (Doctoral dissertation).
- OMS. (2002). Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. Acedido em 02 de janeiro de 2021. Disponível em <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

- OMS. (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=AF0C104C7EF6267D3CF2AD5E6A440034?sequence=1
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assamblea/PadraoDocumental_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2a. série(no35), 40918–40920.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.
- Orem, D. E. (2001). Nursing. Concepts of Practice. St Louis. MO: Mosby.
- Organização Mundial da Saúde & Direção Geral da Saúde. (2004). CIF: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Acedido em 12 de dezembro de 2020. Disponível em http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf
- Parente, C., et al. (2009). *Artroplastia da Anca. Enfermagem em Ortotraumatologia*. Coimbra: Formasau.
- Pestana, H. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação : Enquadramento. In Lusodidacta (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 47–56). Loures.
- Pinto, P. R., McIntyre, T., Ferrero, R., Araújo-Soares, V., & Almeida, A. (2013). Persistent pain after total knee or hip arthroplasty: differential study of prevalence, nature, and impact. *Journal of Pain Research*, 6, 691.
- Pordata. (2019). População residente: total e por grandes grupos etários. Acedido a 02 de março de 2021. Disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios-390>

- Preto, L., Gomes, J., Novo, A., Mendes, M., & Granero-Molina, J. (2016). Efeitos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Aptidão Funcional de Idosos Institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, nº8.
- Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.
- Queirós, P. J. P. (2014). Conceitos disciplinares em uso por estudantes de licenciatura e de mestrado em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (2), 29-40.
- Ramiro, S., Canhao, H., & Branco, J. (2011). Epidemiological study of rheumatic diseases in Portugal-EpiReumaPt. *Acta reumatologica portuguesa*, 36(3), 203-204.
- Rebelatto, J. R., & Morelli, J. G. S. (2004). *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. Editora Manole, 1ª Edição, 455 págs. ISBN:8520425623
- Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2º Série, nº 35. Disponível em: http://www.ordemdosenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf
- Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, II série, nº 119. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Ritterman, S., & Rubin, L. E. (2013). Rehabilitation for total joint arthroplasty. *Rhode Island Medical Journal*, 96(5), 19.
- Rosa, M. J. V. (2016). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- Santos, S. S. C., Lopes, M. J., Vidal, D. A. S., & Gautério, D. P. (2013). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, setembro-outubro/2013, 66(5), 789-793. Brasília. doi: 10.1590/S0034-71672013000500021
- Serra, L. M., Oliveira, A., & Castro, J. C. (2012). *Critérios fundamentais em Fraturas e Ortopedia*. 3ª edição. Porto: Lidel. ISBN 9789727577552

- Soares, A., Silva, A., Silva, G., Siqueira, I., Pamponet, J., Cruz, M., Quiles, P., Santos, M., & Santos, M. (2013). A assistência de enfermagem ao paciente submetido a artroplastia total do quadril e a importância dos cuidados no período pós-operatório. *Revista Científica de Enfermagem*, 3 (7), 11-18.
- Söderhamn, O. (2010). Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(4), 183-189.
- Sousa, L. M., & Carvalho, L. (2017). Pessoa com osteoartrose na anca e joelho em contexto de internamento e ortopedia.
- Stocco, M. R. (2017). Treino Funcional Para Idosos. Dissertação De Mestrado em Exercício Físico na Promoção da Saúde. Londrina.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. *Loures: Lusociência*, 301-333.
- Vilelas, J. (2017). Investigação O Processo de Construção. 2a Edição. *Lisboa: Edições Sílabo*.
- Violante, A. P. S. M. (2014). Efetividade de Ensino Pré Operatório em Doentes Submetidos a Artroplastia Total da Anca. *Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*.
- Vukomanović, A., Zoran, P., Aleksandar, Đ., & Krstić, L. (2008). Os efeitos da reabilitação pré-operatória a curto prazo e educação sobre a recuperação funcional precoce de doentes submetidos a ATA. *Academia Medica Militar, Belgrade*.
- Walker, J. A. (2007). What is the effect of preoperative information on patient satisfaction?. *British journal of nursing*, 16(1), 27-32.
- Yoon, R. S., Nellans, K. W., Geller, J. A., Kim, A. D., Jacobs, M. R., & Macaulay, W. (2010). Patient education before hip or knee arthroplasty lowers length of stay. *The Journal of arthroplasty*, 25(4), 547-551.

Anexos

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

Parecer Nº 754_02_2021

Título do Projecto: Consulta Pré-Operatória de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico

Identificação dos Proponentes

Nome(s): Joana Filipa do Vale Fernandes

Filiação Institucional: VI Mestrado em Enfermagem de Reabilitação-Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Investigador Responsável/Orientador: Professora Doutora Salete Soares

Relator: Rui Cruz

Parecer

ENQUADRAMENTO DO PROJETO:

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, cujo objetivo principal passa por criar uma consulta pré-operatória de Enfermagem de Reabilitação direcionada ao utente que será submetido a Artroplastia Total da Anca (ATA).

Para o efeito a amostra será constituída por quatro enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, recrutados para o estudo no Centro Hospitalar do Médio Ave; Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde; ACES Santo Tirso Trofa-ECCI São Tomé de Negreiros e Unidade Local de Saúde do Alto Minho, de acordo com os critérios de inclusão:

- 2 com consulta de enfermagem em contexto hospitalar;
- 1 sem consulta de enfermagem, mas com exercício de atividade profissional na área da ortopedia em contexto hospitalar;
- 1 sem consulta de enfermagem, mas com exercício de atividade profissional em contexto comunitário.

A recolha de dados é realizada através um questionário de entrevista desenvolvido para o efeito, dirigido ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS:

No sentido de esclarecer algumas dúvidas relativas ao procedimento de recolha de dados, local de recolha e cronograma, foi solicitado à investigadora proponente informações complementares no dia 4/março/2021, tendo a mesma respondido por email no dia 8/março/2021.

Após análise da informação recebida, sou a considerar que:

- I. Os procedimentos metodológicos para a recolha de dados neste estudo estão agora totalmente claros, em particular onde são realizadas as entrevistas e quantas são previstas realizar. As entrevistas são realizadas fora do contexto laboral.

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

- II. Os procedimentos de recolha de dados não comportam riscos para os participantes.
- III. O Consentimento Informado Livre e Esclarecido a apresentar a cada um dos participantes está claro, descreve e explica a participação esperada dos sujeitos no estudo.
- IV. A confidencialidade, anonimização e segurança de dados recolhidos são garantidos pela investigadora proponente.
- V. Não existem custos de participação para os sujeitos da investigação nem possíveis compensações financeiras.
- VI. O Termo de Responsabilidade está devidamente assinado pelo investigador/orientador responsável.
- VII. A data prevista para início da recolha de dados no novo cronograma, garante que a mesma só será iniciada após pronúncia desta Comissão.

CONCLUSÕES:

Face à situação epidemiológica nacional e às suas consequências, a investigadora deve assegurar que os procedimentos de colheita de dados são adequados ao contexto particular em que vivemos.

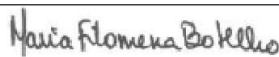
Salvaguardando a recomendação anterior, o pedido cumpre todos os requisitos éticos específicos para a investigação em causa.

Nesta conformidade, o meu Parecer é FAVORÁVEL ao desenvolvimento do referido projeto.



O relator: Rui Santos Cruz

Data: 10/03/2021 O Presidente da Comissão de Ética:



Anexo II – Tabela Nacional de Funcionalidade no Adulto

ATIVIDADES e PARTICIPAÇÃO		DESEMPENHO						FATOR AMBIENTAL	
		0	1	2	3	4	Total	Facilitador	Barreira
Mobilidade e Autocuidados	d230 Realizar a rotina diária								
	d410 Mudar a posição básica do corpo								
	d415 Manter a posição do corpo								
	d430 Levantar e transportar objetos								
	d450 Andar								
	d460 Deslocar-se por diferentes locais								
	d470 Utilizar transportes (carro, autocarro, comboio)								
	d520 Cuidar de partes do corpo (lavar os dentes, pentear)								
	d540 Vestir-se								
	d620 Adquirir bens e serviços (fazer compras, etc.)								
	d640 Fazer trabalhos domésticos (limpar a casa, etc)								
	d660 Ajudar os outros								
	d920 Recreação e lazer								
Competência Gerais	d220 Realizar múltiplas tarefas								
	d360 Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação								
	d475 Conduzir (bicicleta, mota, automóvel, animais, etc.)								
	d510 Lavar-se (lavar as mãos e o corpo, secar-se, etc.)								
	d630 Preparar refeições (cozinhar, etc)								
	d825 Formação profissional								
	d845 Obter, manter e sair do emprego								
	d850 Emprego remunerado								
Competência Específicas	d166 Ler								
	d175 Resolver problemas								
	d330 Falar								
	d345 Escrever Mensagens								
	d530 Cuidados relacionados com o processo de excreção								
	d550 Comer +d560 Beber - alimentar-se								
	d570 Cuidar da saúde								
	d860 Transações económicas básicas								
Sociabilidade	d240 Lidar com o stress e outras exigências psicológicas								
	d350 Conversação								
	d710 Interações interpessoais básicas								
	d760 Relações familiares								
	d770 Relacionamentos íntimos								
	d910 Vida em comunidade								
Manipulação e Manuseio	d440 Motricidade fina								
	d445 Utilização da mão e do braço								
	d465 Deslocar-se utilizando equipamentos								
TOTAL									

Anexo III – Manual de Perguntas da TNF

A avaliação das diferentes ações previstas na Tabela Nacional de Funcionalidade deve considerar a seguinte escala de qualificadores de desempenho.

Sem dificuldade	A maioria das vezes	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	É incapaz
0	1	2	3	4
0-4%	5-24%	25-49%	50-95%	96-100%

A

tabela seguinte apresenta algumas perguntas-tipo, passíveis de serem questionadas aquando da avaliação das dimensões: Mobilidade e Autocuidados, Competências Gerais, Competências Específicas, Sociabilidade, Manipulação e Manuseio.

MOBILIDADE E AUTO CUIDADOS	Qualificador
d230 - Realizar a rotina diária P. É capaz de realizar a sua rotina diária de forma autónoma?	
d410 - Mudar a posição básica do corpo P. É capaz de se deitar e de se levantar da cama sozinha/o? P. É capaz de se ajoelhar e de se levantar do chão sozinha/o?	
d415 - Manter a posição do corpo P. É capaz de ficar em pé enquanto espera por um transporte, ou está numa fila? P. É capaz de ficar sentado enquanto come uma refeição, ou vê um programa de televisão?	
d430 - Levantar e transportar objetos P. É capaz de levantar e transportar um garrafão de água, ou uma criança ao colo?	
d450 - Andar P. É capaz de andar cerca de 1km por diferentes locais como, areia, relva, cascalho, contornando obstáculos?	
d460 - Deslocar-se por diferentes locais P. É capaz de se deslocar e subir/ descer os degraus necessários para circular dentro e fora de casa?	

<p>d470 - Utilizar transportes (carro, autocarro, comboio)</p> <p>P.É capaz de utilizar transportes públicos?</p> <p>(Ex. Carro, comboio, barco, avião, autocarro)</p>	
<p>d520- Cuidar de partes do corpo (lavar os dentes, pentear)</p> <p>P.É capaz de cuidar /lavar/limpar a cara, os dentes, os cabelos e os genitais sozinho/a?</p>	
<p>d540- Vestir-se</p> <p>P.É capaz de se vestir e calçar os sapatos sozinho/a?</p>	
<p>d620 - Adquirir bens e serviços (fazer compras, etc.)</p> <p>P.É capaz de planear a fazer as compras necessárias para o seu dia-a-dia sozinho/a?</p> <p>Adquirir bens e serviços (fazer compras, etc.)</p>	
<p>d640 - Fazer trabalhos domésticos (limpar a casa, etc)</p> <p>P.É capaz de fazer as atividades domésticas da lida da casa, sozinho/a?</p>	
<p>d660 - Ajudar os outros</p> <p>P.É capaz de auxiliar um familiar (ex criança ou idoso) nas diversas atividades do dia a dia:, como alimentação, comunicação, deslocação</p>	
<p>d920 - Recreação e lazer</p> <p>P.É capaz de participar ativamente, em atividades de lazer que lhe sejam relevantes, de forma autónoma?(Ex. Ir a espetáculos, fazer desporto, fazer trabalhos manuais, confraternizar com os amigos)</p>	
COMPETÊNCIAS GERAIS	
<p>d220 - Realizar múltiplas tarefas</p> <p>P.É capaz de realizar duas tarefas ao mesmo tempo? Exemplos: cozinhar e pôr a mesa; falar ao telefone e tirar notas; realizar uma atividade manual e falar ao mesmo tempo.</p>	
<p>d360 - Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação</p> <p>P.É capaz de utilizar diferentes dispositivos de comunicação (ex. telefone, fax, PC, etc.)?</p>	

<p>d475 - Conduzir (bicicleta, mota, automóvel, animais, etc.)</p> <p>P.É capaz de conduzir de forma autónoma um veículo num trajeto desconhecido? (Ex. Carro, bicicleta)</p>	
<p>d510 - Lavar-se (lavar as mãos e o corpo, secar-se, etc.)</p> <p>P.É capaz de fazer a sua higiene diário sozinho/a? Tomar banho, lavar-se?</p>	
<p>d630 - Preparar refeições (cozinhar, etc)</p> <p>P.É capaz de preparar refeições para mais do que duas pessoas?</p>	
<p>d825 - Formação profissional</p> <p>P.É capaz de frequentar um programa de formação profissional para adquirir/desenvolver novas competências? Sem a sua condição de saúde ser composta em causa.</p>	
<p>d845 - Obter, manter e sair do emprego</p> <p>P.É capaz de concretizar, de forma autónoma, a maioria das etapas necessárias para adquirir emprego? (Ex. Fazer currículo /Procurar/conseguir, manter/progredir, deixar.)</p>	
<p>d850 - Emprego remunerado</p> <p>P.É capaz de desempenhar todas as funções/ atividades previstas para a sua atividade laboral, sozinha?</p>	
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	
<p>d166 - Ler</p> <p>P.É capaz de ler este documento e depois dizer por palavras suas o que acabou de ler? (exemplo consentimento informado para aplicação da classificação)</p>	
<p>d175 - Resolver problemas</p> <p>P.É capaz de encontrar uma solução se ocorrer uma falha de eletricidade em sua casa?</p> <p>P.É capaz de resolver uma disputa entre duas pessoas, que conhece? Descreva como</p>	

d330 - Falar P. É capaz de se expressar, a falar?	
d345 - Escrever Mensagens P. É capaz de escrever recados que as outras pessoas possam ler?	
d530 - Cuidados relacionados com o processo de excreção P. É capaz de reconhecer quando tem necessidade de ir à casa de banho, para urinar ou para defecar e limpar-se sozinho/a?	
d550 - Comer + d560 Beber - alimentar-se P. É capaz de comer sozinho uma refeição normal (água, sopa, prato principal e fruta) ?	
d570 - Cuidar da saúde P. É capaz de cuidar da sua saúde sozinho, como tomar a medicação, controlar a alimentação?	
d860 - Transações económicas básicas P. É capaz de atribuir valor à maioria dos objetos, comprar e poupar dinheiro, de forma autónoma?	
SOCIABILIDADE	
d240 - Lidar com o stress e outras exigências psicológicas P. É capaz de lidar/executar tarefas/atividades de responsabilidade, quando reconhece que esta ansiosa/o?	
d350 - Conversação P. É capaz de iniciar, manter e finalizar uma conversa, com várias pessoas, em grupo?	
d710- Interações interpessoais básicas P. É capaz de dar indicações a uma pessoa desconhecida? (Ex. Indicar um caminho.)	
d760 - Relações familiares P. É capaz de se relacionar/falar com toda a família (tios, primos, cunhados, sogro, sogra)?	

d770 - Relacionamentos íntimos	
P. É capaz de estabelecer e manter relações amorosas e/ou íntimas?	
d910 - Vida em comunidade	
P. É capaz de participar ativamente em aspetos da vida social que lhe são relevantes? (Ex. Associações, clubes, casamentos, batizados, festas)	
MANIPULAÇÃO E MANUSEIO	
d440 - Motricidade fina	
P. É capaz de apanhar uma agulha, ou uma moeda, se estiverem em cima de uma mesa?	
d445 - Utilização da mão e do braço	
P. É capaz de alcançar objetos em prateleiras da sua altura? P. É capaz de abrir uma porta com maçanetas ou apanhar uma bola?	
d465 - Deslocar-se utilizando equipamentos	
P. É capaz de se deslocar dentro e fora da sua casa com um produto de apoio, se necessário? (Ex. Cadeira de rodas, andador, canadianas, bicicleta, cão guia, entre outros.)	

Anexo IV – Escala de Katz

Quadro 2 - Index of Independence in Activities of Daily Living de Katz (original)

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E, e F

Fonte: Katz, 1963⁽¹²⁾

Anexo V – Escala Modificada de ASHWORTH



DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL - UFPR
DISCIPLINA DE TERAPIA OCUPACIONAL APLICADA À NEUROLOGIA
CLÍNICA-ESCOLA DE TERAPIA OCUPACIONAL - UFPR
ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL

NOME:	IDADE:	SEXO
DIAGNÓSTICO:		
SEQUELAS:		

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH		
Classificação da Espasticidade		
Grau		Descrição
	0	Sem aumento do tônus muscular
	1	Discreto aumento do tônus muscular, manifestado pelo apreender e liberar, ou por mínima resistência ao final da amplitude de movimento, quando a parte (ou as partes) afetada é movimentada em flexão e extensão.
	1+	Discreto aumento no tônus muscular, manifestado pelo apreender, seguido de mínima resistência através do resto (menos da metade) da amplitude de movimento.
	2	Marcante aumento do tônus muscular através da maior parte da amplitude de movimento, porém as partes afetadas são facilmente movimentadas.
	3	Considerável aumento do tônus muscular; movimentos passivos dificultados.
	4	A parte (ou partes) afetada mostra-se rígida à flexão ou extensão.

Bohannon, R. W., Smith, M. B. A confiabilidade interavaliadores do *Modified Ashworth Scale*, de espasticidade muscular, *Physical Therapy*, 67, pág. 207. Copyright 1987 by American Physical Therapy Association.

Apêndices

**Apêndice I – Questionário de Entrevista Dirigida ao
Enfermeiro de Reabilitação**

Questionário de Entrevista dirigida ao enfermeiro de reabilitação

Exmo.(a) Sr. Enfermeiro(a)

Sou Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Joana Filipa do Vale Fernandes, a frequentar o VI Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC). Com este questionário pretendo recolher informação de forma a alcançar o objetivo geral do projeto de investigação: Criar uma consulta pré-operatória de Enfermagem de Reabilitação direcionada ao utente que será submetido artroplastia total da anca (ATA), através da perspectiva do enfermeiro de reabilitação.

Apelo à sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário. É importante que responda a todas as questões solicitadas, de forma a que permita a validação dos resultados. Informo que os dados fornecidos serão totalmente anónimos e utilizados exclusivamente para fins científicos, pedindo a sua devida autorização através do preenchimento do consentimento informado. Desde já, agradeço a sua disponibilidade.

Atenciosamente,

Joana Filipa do Vale Fernandes

Assinado por: **Joana Filipa do Vale Fernandes**
Num. de Identificação: B113718739
Data: 2021.03.16 12:24:41+00'00'

Declaração de Consentimento Informado

Designação do estudo: **Consulta Pré-Operatória de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico.**

Eu, abaixo assinado, _____, (Nome completo), compreendi a explicação que me foi fornecida, tendo tomado conhecimento do objetivo do trabalho de projeto, realizado pela Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Joana Filipa do Vale Fernandes, a frequentar o VI Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), e aceito a participação no mesmo.

Compreendi que o presente estudo tem como principal objetivo analisar o impacto da capacitação através de uma Consulta Pré-Operatória de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a artroplastia total da anca.

Foi-me dada a oportunidade para fazer as perguntas que julguei serem necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória. Tenho conhecimento de que posso questionar qualquer dúvida que surja ao longo do projeto, bem como, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente, aceitar ou recusar a participação no projeto antes do seu início efetivo. Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, consinto que participe neste projeto de investigação, sabendo que a confidencialidade dos participantes e dos dados a eles referentes se encontra segura.

Autorizo que os dados deste estudo sejam utilizados para este e outros trabalhos científicos, desde que irreversivelmente anonimizados.

Agradeço a sua colaboração no mesmo, pedindo-lhe que leia atentamente este documento.

Considerando os pontos anteriores, concordo em participar no projeto em questão.

Data: __/__/____

Assinatura do participante: _____

A Investigadora responsável: Joana Filipa do Vale Fernandes

Assinatura da Orientadora: _____

Assim sendo, o seguinte questionário pretende fundamentar a pertinência da consulta de enfermagem de reabilitação ao utente submetido a ATA. Deste modo, o mesmo é composto por 3 partes, sendo a Parte I referente aos dados sociodemográficos; a Parte II à consulta de enfermagem de reabilitação e a Parte III corresponde à situação após a alta hospitalar. Por último, existe uma questão de resposta aberta, devendo responder apenas à que corresponde à sua situação. Desta forma, caso pertença a uma consulta de enfermagem de reabilitação deverá responder à questão 1; se é enfermeiro especialista, contudo não pertence a uma consulta de enfermagem de reabilitação responda à questão 2; por fim, se pertencente a uma ECCI responda à questão 3.

Obrigada pela sua participação.

Parte I – Dados sociodemográficos	
Idade:	
Sexo:	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Anos de exercício profissional	
Habilitações Literárias	<input type="checkbox"/> Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem <input type="checkbox"/> Mestrado em _____ <input type="checkbox"/> Doutoramento em _____
Ano de conclusão da especialidade	

Parte II – Consulta de Enfermagem de Reabilitação	
Tem experiência como enfermeiro de reabilitação na área da ortopedia	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Existe consulta de enfermagem de reabilitação para a Pessoa com patologia ortopédica, na sua instituição	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não aplicável
Se sim, em que ano foi iniciada a consulta no seu hospital	
Se Sim, pertence a essa consulta	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Considera que à Pessoa com patologia ortopédica é fornecida informação prévia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

acerca dos cuidados necessários para uma adequada recuperação?	
Considera importante a existência de uma consulta de enfermagem pré-operatória, para obtenção de melhores resultados e independência do doente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Considera que uma consulta de enfermagem pré-operatória diminui o número de dias de internamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tenho esta informação
O doente, apresenta conhecimento relativamente às ajudas técnicas (entenda-se canadianas, andador, cadeira de rodas...) que poderá ter de necessitar, face à alteração da sua mobilidade, após a consulta (antes da cirurgia)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
O Doente reconhece as possíveis atividades de vida diárias (banho, vestir, ir a casa de banho) alteradas após a consulta (antes da cirurgia)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
O doente consegue definir o enfermeiro EER como coadjuvante no seu tratamento e na preparação para a alta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
O doente consegue compreender a possível necessidade de auxílio na continuidade de cuidados após a alta hospitalar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
O doente compreende que é possível necessitar de apoio após a cirurgia, para o auxiliar nas suas atividades de vida diárias (banho, vestir, ir a casa de banho) durante os primeiros dias após a alta hospitalar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Parte III – Em contexto após alta hospitalar	
O doente consegue ter uma marcha autónoma com apoio de auxiliar de marcha, após a alta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Quando tem degraus/escadas em casa, o doente tem conhecimento sobre como descer e subir com auxiliar de marcha?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
O doente sabe quais os cuidados para prevenir luxação de PTA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
O doente tem conhecimento de como executar exercícios de mobilização músculo articular?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

O doente tem o seu domicílio preparado/adaptado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
A família tem conhecimentos sobre as novas necessidades do doente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
A família consegue identificar hábitos prejudiciais ou comprometedores para a recuperação do seu familiar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

I. Questão aberta

- 1) No âmbito da sua atuação em contexto de consulta de enfermagem, o que considera que tem maior impacto para a evolução do estado de saúde da pessoa que será submetida a PTA, no sentido de contribuição para a sua autonomia pós-operatória?
- 2) No internamento, qual o maior desafio para o enfermeiro de reabilitação na sua atuação perante a pessoa submetida a PTA?
- 3) No contexto comunitário, qual o maior problema que identifica como sendo a maior dificuldade de atuação perante a pessoa submetida a PTA /família/cuidador que ingressa na ECCI proveniente do hospital?

Apêndice II – Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Designação do estudo: **Consulta Pré-Operatória de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico.**

Eu, abaixo assinado, _____, (Nome completo), compreendi a explicação que me foi fornecida, tendo tomado conhecimento do objetivo do trabalho de projecto, realizado pela Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Joana Filipa do Vale Fernandes, a frequentar o VI Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), e aceito a participação no mesmo. **Compreendi que o presente estudo tem como principal objetivo analisar o impacto da capacitação através de uma Consulta Pré-Operatória de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a artroplastia total da anca.**

Foi-me dada a oportunidade para fazer as perguntas que julguei serem necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória. Tenho conhecimento de que posso questionar qualquer dúvida que surja ao longo do projeto, bem como, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente, aceitar ou recusar a participação no projeto antes do seu início efetivo. Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, consinto que participe neste projeto de investigação, sabendo que a confidencialidade dos participantes e dos dados a eles referentes se encontra segura.

Autorizo que os dados deste estudo sejam utilizados para este e outros trabalhos científicos, desde que irreversivelmente anonimizados.

Agradeço a sua colaboração no mesmo, pedindo-lhe que leia atentamente este documento.

Considerando os pontos anteriores, concordo em participar no projeto em questão.

Data: __/__/__

Assinatura do participante: _____

A Investigadora responsável: _____

Assinatura da Orientadora: _____

Assinado por: **Joana Filipa do Vale Fernandes**
Num. de Identificação: B113718739
Data: 2021.02.03 20:11:12+00'00'



Apêndice III – Projeto de Investigação



Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Escola Superior de Saúde
Dissertação/Trabalho de Projeto/ Estágio de Natureza Profissional

Projeto

Título do Projeto: Consulta Pré-Operatória de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia do Foro Ortopédico

Identificação

Nome: Joana Filipa do Vale Fernandes

Mestrado: VI Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Investigador responsável/orientador: Professora Doutora Salette Soares

Fundamentação (máximo 300 palavras)

O Registo Português de Artroplastias (2019) refere que foi na Administração Regional de Saúde do Norte entre 2017 e 2019 que ocorreu um registo superior de artroplastias da anca por artrose primária.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) assume um papel preponderante, sendo da sua competência a promoção de intervenções preventivas de reabilitação, para que os indivíduos preservem as suas capacidades funcionais (Diário da República IIa série, 2019, p. 13565). A capacitação pré-operatória da artroplastia total da anca (ATA) tem sido muito debatida, pelo papel fundamental que assume no plano de reabilitação (Kisner e Colby, 2016), encontrando-se o sucesso da cirurgia intimamente ligado com o conhecimento e ensino prévios. Esta capacitação é assumida, essencialmente, pelo EEER, inferindo que os cuidados de reabilitação são essenciais quer no período pré quer pós-operatório, permitindo a recuperação das funções da articulação afetada e, consequentemente a independência funcional para as Atividades de Vida Diária (Parente [et al.], 2009). Posteriormente, surgiram inúmeros estudos acerca desta temática que corroboram a eficiência da aplicação de um programa de reabilitação no pré e pós-operatório aos utentes submetidos a ATA (Amaro, 2019; Fernandes, 2011; Kisner e Colby, 2016; Violante, 2014).

Pelo supracitado, consideramos que o EEER detém uma posição privilegiada na capacitação do utente para maximizar o seu nível de independência. Com a implementação desta consulta pré-operatória de Enfermagem de Reabilitação, perspectiva-se capacitar os utentes para a readaptação à sua nova condição, garantindo a sua reeducação funcional, por forma a incrementar a performance da articulação, contemplando o utente numa visão holística, assegurando o seu direito à dignidade e qualidade de vida.

Pela especificidade e potencial destes, acreditamos ser uma mais-valia a implementação desta consulta, capacitando-os no âmbito dos cuidados antes, durante e após a intervenção cirúrgica. Apesar de numa primeira fase a consulta ser direcionada ao utente submetido a ATA, prevê-se que seja expandida a todos os utentes do foro ortopédico da instituição.

Objetivos do Estudo:

Objetivo Geral: Criar uma consulta pré-operatória de Enfermagem de Reabilitação direcionada ao utente que será submetido ATA.

Objetivos específicos:

- Compreender que tipo de informações foram dadas no pré-operatório acerca de cuidados e estratégias adaptativas ao utente submetido a ATA;
- Compreender o impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação ao utente submetido a ATA ao nível do autocuidado: higiene, vestir-se e andar com auxiliar de marcha;
- Compreender quais as expectativas do enfermeiro de reabilitação relativamente à consulta de enfermagem pré-operatória ao utente submetido a ATA;

Data prevista de início da colheita de dados: 15/02/2021

Metodologia

Tipo de Estudo: Metodologia de projeto, com abordagem qualitativa.

Segundo Ruivo [et al.], (2010, p. 2) a metodologia de projeto tem como principal objetivo “centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real. A metodologia constitui-se assim, como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que, o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.”

População e Amostra: Para a realização deste estudo a população alvo será constituída por quatro enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação:

- 2 com consulta de enfermagem em contexto hospitalar;
- 1 sem consulta de enfermagem, mas com exercício de atividade profissional na área da ortopedia, em contexto hospitalar;
- 1 sem consulta de enfermagem, mas com exercício de atividade profissional em contexto comunitário (ECCI).

Critérios de Inclusão/Exclusão:

Critérios de Inclusão:

- Ser enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- Enfermeiro a exercer a sua atividade profissional em hospital ou ECCI.

Critérios de Exclusão:

- Enfermeiro que não exerça a sua atividade profissional em hospital ou ECCI;
- Enfermeiro sem especialidade em enfermagem de reabilitação.

Instrumento(s) de Colheita de Dados (anexar instrumento):

Como método de colheita de dados foi desenvolvido um Questionário de Entrevista (Apêndice I)

Consentimento informado (anexar consentimento):

O consentimento informado, livre e esclarecido é a forma legal de respeito pela vontade manifestada pelo indivíduo, estando preconizado na Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013) e na Convenção de Oviedo (Resolução da Assembleia da República Nº 1/2001). Para que o indivíduo incluído na investigação seja verdadeiramente esclarecido, será solicitada a leitura, reflexão e assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido que se anexa (Apêndice II)

Referências Bibliográficas (relevantes para a área de estudo e preferencialmente dos últimos 5 anos)

AMARO, S. – **O impacto da capacitação pré-operatória na pessoa submetida a artroplastia total da anca.** 2019. Master's Thesis.

BARBOSA, T.; VIÇOSO, S.; AZEVEDO, M.; RAMALHO F. e LIMA, F. - Coxartrose da Medicina Geral e Familiar à Ortopedia. **Patient Care** [em linha]. 19, 2014, p. 40-51. [consultado em 28 de fevereiro de 2020] . Disponível em: http://www.admedic.pt/uploads/11_Novembro_SITE_CAPA.pdf

FERNANDES, S, [et al] - **O ensino pré-operatório na pessoa submetida a artroplastia total da anca.** 2011. PhD Thesis. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) - **Projeções de População Residente em Portugal.** [Em linha]. 2017. [consultado em 23 de março de 2020]. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

PARENTE, C.; [et al] - **Artroplastia da Anca. Enfermagem em Ortotraumatologia** (2ª Ed). Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda, 2009.

PISONI, C.; [et al] - International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) core sets for osteoarthritis. A useful tool in the follow-up of patients after joint arthroplasty. **Eur J Phys Rehabil Med**, 2008, 44.4: 377-85.

PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde. **Norma nº 014/2013 de 23/09/2013.** Artroplastia Total da Anca. Lisboa: Direção Geral da Saúde. [Em linha]. 2013. Consultado em 15 de março de 2020. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0142013-de-23092013-png.aspx>

REGISTO PORTUGUÊS DE ARTROPLASTIAS - **Hospitais/estatísticas.** [Em linha]. 2019. [consultado em 31 de março de 2020]. Disponível em <http://www.rpa.spot.pt/MainSections/Hospitals.aspx?ArsId=1>

REGULAMENTO n.º 392/2019 - **Diário da República IIª série** [em linha]. 85, (2019-05-03), p.13565 – 13568. [consultado em 20 de março de 2020]. 2019. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>

RUIVO, M. [et al.] - Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. **Revista Percursos**. 2010, 15. ISSN 1646-5067.

VIOLANTE, A. P. S. M - **Efetividade de Ensino Pré Operatório em Doentes Submetidos a Artroplastia Total da Anca**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014.

Há previsão de danos para os sujeitos da investigação? Não

Explicitar em caso afirmativo:

Data: __/__/__

Assinatura: _____

(Assinatura manuscrita)

Assinado por: **Joana Filipa do Vale Fernandes**
Num. de Identificação: B113718739
Data: 2021.02.03 20:09:21+00'00'



Apêndice IV – Curriculum Vitae

Nota curricular de Joana Filipa do Vale Fernandes

DADOS PESSOAIS

Nome	Joana Filipa do Vale Fernandes
Data de Nascimento	3 de outubro de 1990
Naturalidade	Santo Tirso
Estado Civil	Casada
Categoria	Enfermeira Especialista
Grau	Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação
Experiência profissional	Enfermeira em Centro Hospitalar do Médio Ave desde 1 de novembro de 2012

OUTROS GRAUS ACADÉMICOS OU TÍTULOS

2012, Licenciatura Em Enfermagem (1º Ciclo), pela Escola Superior de Saúde do Vale do Ave com classificação de 15 valores.

2016, Curso Pós Licenciatura Especialidade Em Enfermagem De Reabilitação, pela Escola Superior de Enfermagem - Universidade do Minho com classificação de 17 valores.

2019 - até ao momento a frequentar, IV Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

ATIVIDADE FORMATIVA E ACRÉSCIMO DE COMPETÊNCIAS RELEVANTE

2016, participou no **Curso De Formação Profissional: Base De Bandas Neuromusculares**, ministrado pela Foramplus

2018, participou em **Investigação: Um Legado para a Enfermagem de Reabilitação** (Associação Nacional de Farmácias)

2019, participou em **Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação-2019** (APER)

2020, participou em **Cuidar+, Envelhe(Ser) com saúde** (ESSVS)

2020, participou em **Webinar: A Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com afeção do Pavimento Pélvico** (OE)

2020, participou em **e-Congress APER 2020** (APER)

2020, participou em **Webinar: O Exercício Físico e a Enfermagem de Reabilitação** (OE)

2020, participou em **WEBINAR - O custo versus benefício da investigação em enfermagem** (OE)

2021, participou em **WEBINAR - Deveres Éticos e Deontológicos I** (OE)

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL RELEVANTE

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Serviço de Ortopedia, prestadora de cuidados – Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA), EPE.

Membro do Grupo Interlocutor da Qualidade e Segurança – CHMA, EPE.

Integrou a Comissão de Gestão do Risco do CHMA – CHMA, EPE.

Realizou **formação em serviço no âmbito de Auditoria Interna de Gestão do Risco** no CHMA, EPE.

Entre 01/11/2012 e 31/05/2019 – **Enfermeira prestadora de cuidados** – CHMA, EPE. (Serviço de Ortopedia UST; Serviço de Cirurgia Geral UST; Serviço de Ortopedia/Traumatologia UF; Serviço de Medicina Mulheres UF.)